LA

Clinique Ophtalmologique

JOURNAL INTERNATIONAL DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRES

PARAISSANT TOUS LES 15 JOURS

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUL 27 1904

PRIX DE L'ABONNEMENT
Union et Colonies. 10 fr.
Étranger..... 12 fr.
Les éditions (France et Allemagne)..... 18 fr.
Tous autres pays..... 20 fr.
Le numéro : 50 centimes
Tout livre ou mémoire dont il sera rendu compte deux exemplaires sera analysé.

Publié à PARIS *par les Docteurs*
Jocqs & Darier
43, rue Taitbout. 5, rue Saint-Benoît.
ET A
STUTTGART
PAR
LE PROF. KÖNIGSHÖFER et LE PROF. RAEHLMAN

ADMINISTRATION
ET
ABONNEMENTS
9, rue Buffault, PARIS

Annonces : 50 centimes la ligne.
Tout auteur d'un article original aura droit à dix exemplaires du numéro correspondant.

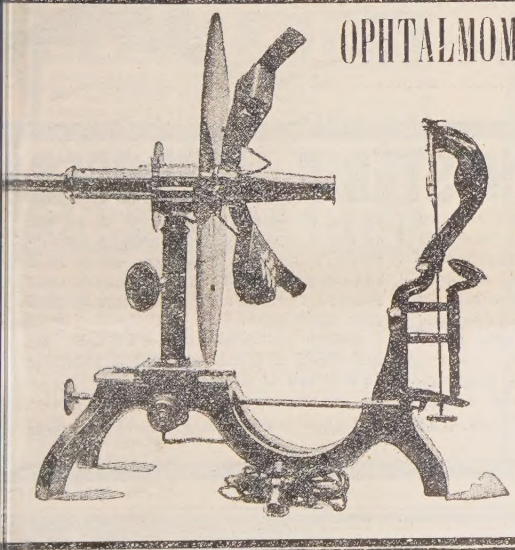
LYCÉTOL VICARIO
Le Lycétol effervescent Vicario, *vingt fois plus actif que les sels de Lithine*, possède une action spécifique certaine contre les diverses manifestations de la diathèse urique : GRAVELLE, GOUTTE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES, etc Dose : de 4 à 8 mesures par jour dans un verre d'eau. — Pharmacie VICARIO, 17, Boul[d] Haussmann, PARIS.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES
CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE
ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

Dyspepsies. VIN DE CHASSAING, pepsine et diasthase.
Alim. des enf., PHOSPHATINE FALLIÈRES.
Constipat. POUDRE LAXATIVE DE VICHY.

CAPSULES DARTOIS
Les CAPSULES DARTOIS contiennent chacune 0,05 CRÉOSOTE DE HÊTRE *redistillée* et *titrée* et 0,20 huile de foie de morue.
C'est le meilleur remède contre
BRONCHITES
CATARRHES
PHTISIE
TUBERCULOSE
3 ou 4 à chaque repas.
Le flacon, 3 fr.
105, rue de Rennes, Paris et les pharmacies, en exigeant le timbre de l'État français

RÉNALINE FRANÇAISE
(Solution Chlorhydrique au 1/1000)
Le plus puissant des hémostatiques connus
Employée dans les Hôpitaux
Vente en Gros : 11, Rue Payenne — PARIS
SOCIÉTÉ FÉDÉRALE DES PHARMACIENS DE FRANCE



OPHTALMOMÈTRE MEYROWITZ
NOUVEAU MODÈLE
Précision garantie
INDISPENSABLE
A MM. LES OCULISTES
PERIMÈTRES
et Ophtalmoscopes
BOITES DE VERRES D'ESSAI
LUNETTES D'ESSAI
INSTRUMENTS pour OCULISTES
Exécution des ordonnances
E. B. MEYROWITZ
3, rue Scribe, PARIS

FRICTIONS HYDRARGYRIQUES
AMPOULES CHAUMEL
Dosées à 4 grammes de
LANOLINE HYDRARGYRIQUE
Couper le haut de la capsule et en faire sortir le contenu par simple pression.
Échantillon gratis
CHAUMEL, Rue Lafayette, 87, Paris

VASOGÈNES
Dissolvants des produits médicamenteux
Absorption rapide, efficacité remarquable.
IODOSOL (Vasogène iodé à 6 %)
VENTE EN GROS : 11, rue Payenne
Société Fédérale des Pharmaciens de France.

IR IODOTANNIQUE
réable au goût, le plus stable et le mieux
meilleur médicament remplaçant
ILE DE FOIE DE MORUE
lement supporté par les Enfants et les
ents les plus délicats. Recommandé
Anémie, le Lymphatisme, la Faiblesse congé-
Gourme, etc. Prix : 3 fr. 50.

MÉDAILLE D'ARGENT
Exposition Universelle ANVERS 1894
NALINE
Pharmacien de 1re Classe
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
SAINT-DENIS (Seine) FRANCE

COLLYRES ASEPTIQUES
Ampoule stérilisées inaltérables
à la Cocaïne, à l'Ésérine, à l'Atropine indispensables pour l'asepsie des opérations oculaires. Prix de la Boîte : 2 francs.
PANSEMENTS ASEPTIQUES OCULAIRES
stérilisés par la vapeur à haute pression. — 2 boites suffisent pour une opération. La Boîte : 2 fr.

CRITS DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX ET CLINIQUES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER
DÉPÔT GÉNÉRAL : PHARMACIE CENTRALE de FRANCE, 7, Rue de Jouy, PARIS. — DÉTAIL : *Toutes Pharmacies.*

RICINOSE GAUTHIER
Principe actif du Ricin. — Purgatif et laxatif.
Échantillons gratis.
Pharmacie GAUTHIER, rue Beaubourg

VALÉROBROMINE LEGRAND ◇ NARCYL GRÉMY

ARGYROL ou Vitellinate d'argent

préparé par les Drs **A. C. BARNES** et **H. HILLE**

Ce nouveau sel d'argent a remplacé tous les autres dans les principales Cliniques oculaires d'Amérique et d'Europe.

Propriétés chimiques : L'Argyrol contient 30 % d'argent ; il ne coagule pas l'albumine et ne précipite pas les chlorures ; il n'est donc pas caustique, n'est pas décomposé par les sécrétions — il est soluble en toute proportion dans l'eau.

Dr **John E. Weeks** (de New-York) : « A l'infirmerie des maladies des yeux et d'oreilles de New-York, l'Argyrol à 30 % est employé en instillations toutes les 2 heures dans les cas graves d'ophtalmoblennorrhée. Les instillations sont faites moins souvent dans les cas bénins ou au déclin de l'affection. On n'observe aucune irritation, jusqu'ici tout au moins, ni aucune autre complication. L'ophtalmie des nouveau-nés nécessite rarement un séjour de plus d'une semaine à l'hôpital quand elle est traitée par l'Argyrol.

Nous avons dans l'Argyrol un agent très puissant si ce n'est le plus puissant dans le traitement des conjonctivites purulentes, et le danger pour la vision est à peine à redouter si l'on applique vigoureusement le traitement avec des solutions fortes d'Argyrol.

L'Argyrol a également une grande valeur dans le traitement des dacryocystites ». (*Med. News*, 10 oct. 1903.)

Dr **C. R. Holmes**, de Cincinnati, vice-président de l'Association médicale américaine :

« J'ai trouvé que l'Argyrol était une acquisition précieuse dans le traitement des affections catarrhales de l'œil, du nez et de la gorge. Pour les maladies de la gorge et du nez, je l'emploie à la dose de 5 à 20 % suivant la gravité et la chronicité des cas. Dans les conjonctivites catarrhales les solutions à 2 et 5 % donnent de très bons résultats. Dans la conjonctivite granuleuse les solutions à 20 %, alternant avec d'autres topiques, sont d'un très bon effet.

Mode d'emploi et doses :

Dans la **conjonctivite purulente**, instillations généreuses de solutions à 25 %, toutes les 3 ou 4 h.

Dans les **conjonctivites catarrhales**, on répètera 3 fois par jour les instillations à 5 — 20 %.

Dans la **Dacryocystite**, injections de solutions de 10 à 25 %.

Les **inflammations post-opératoires** (cataracte, etc.) sont prévenues par des instillations à 20 %.

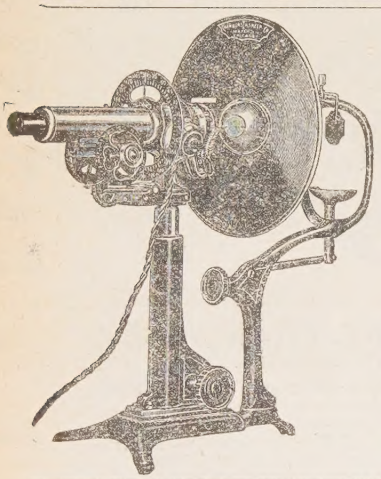
Dans le **trachome**, la solution à 25 % doit être appliquée en frictions sur la conjonctive. L'Argyrol ne colore pas la conjonctive.

Le flacon de 30 gr. : **8 francs.**

DÉPOTS :

Chez **Oswald GIRARD, 45, rue Bonaparte**, et **ROBERTS, 5, rue de la Paix, PARIS**, à la **Pharmacie Centrale de France et chez tous les pharmaciens.**

A Londres : chez **TASSET-JONHSON**, 32, Sow-Hnill.



ASTIGMATISME

déterminé et mesuré en 2 minutes avec la plus grande exactitude au moyen de l'Ophtalmomètre

CHAMBERS INSKEEP

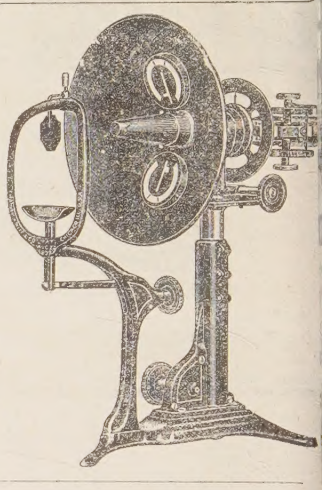
(Représentant pour la France : **C. KOCH**, 6, rue Martel.)

Pour tous renseignements s'adresser à :

J. ARNHOLD, OPTICIEN

PARIS, 13, Rue Auber, 13, PARIS

Grand choix de lunettes et pince-nez Américains



Les VERITABLES EAUX de

VICHY

sont les Sources de l'Etat français

ADMINISTRATION : 8, BOULEVARD MONTMARTRE, PARIS

CÉLESTINS. Gravelle, Maladies de la Vessie

GRANDE-GRILLE. Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire.

HOPITAL. Maladies de l'Estomac.

Puisées sous la surveillance d'un Représentant de l'Etat

PASTILLES aux SELS NATURELS

Vendues en boîtes métalliques scellées par la Cie

BOITES : 1 FR., 2 FR. & 5 FR.

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE *au* ***Bromure de Potassium*** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phie **MURE**, à Pont-St-Esprit. — **A. GAZAGNE**, phien de 1re classe, gendre et successeur

CÉRÉBRINE

(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Liqueur agréable, de composition bien définie, plus active et plus sûre que tous les analgésiques connus. (*Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès*)

MIGRAINES, NÉVRALGIES, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Coliques menstruelles. Fl 5fr et 3f

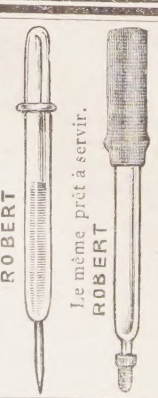
C. BROMÉE et **C. IODÉE** : Neurasthénie, Névroses, Névralgies diathésiques, États congestifs du cerveau. Fl. 5 fr.

C. BROMO-IODÉE : Névralgies du Trijumeau, Tic douloureux de la Face, Sciatique et autres rebelles *à tous traitements antérieurs.* De 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 6 f.

C. GRIPPALE : Grippe, Influenza, Coryza. Fièvres éruptives : De 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 5 fr.

NOTICES ET SPÉCIMENS FRANCO

E. FOURNIER, 21, R. de St-Pétersbourg, Paris (Phien)



PRODUITS ROBERT STÉRILISÉS

BREVETÉS S. G. D. G.

37, rue de Bourgogne, PARIS

COLLYRES ASEPTIQUES

en tubes compte-gouttes scellés de 1 à 5 cc.

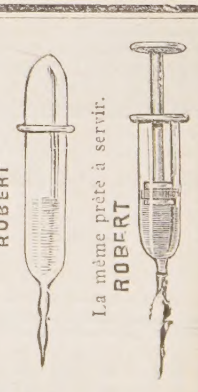
AMPOULES SERINGUES

permettant de faire l'injection sans le secours d'aucun instrument.

POMMADES OCULAIRES en tubes d'étain

Pansements oculaires, Catgut, Soies, etc.

CHLOROFORME OU CHLORAL

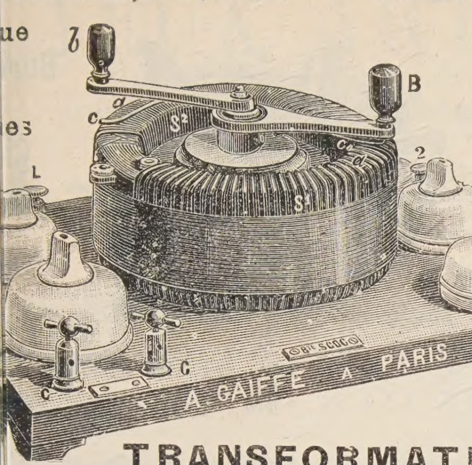


ECTRICITE MEDICALE

AIFFE, 40, RUE S^T ANDRÉ-DES-ARTS

PARIS

Devis Gratuits



TRANSFORMATEUR

UTÈRE et ÉCLAIRAGE ENDOSCOPIQUE

Optique Médicale

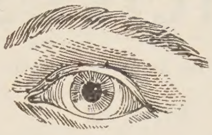
GEOFFROY

Opticien fabricant breveté

Fournisseur des Cliniques et Hôpitaux de Paris

44, RUE DE LA CHAUSSÉE-D'ANTIN, 44, PARIS.

YEUX ARTIFICIELS



La plus forte exportation de tous les pays

CATALOGUE GRATIS

La première et meilleur marché des fabriques de la Thuringe.

Grands égards pour MM. les Docteurs

ASSORTIMENT D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE EN VERRE, THERMOMÈTRES, ETC.

AM. MULLER HIPPER

Fabricant à Lauscha, Thuringe.

RODUITS SPÉCIAUX D'OCULISTIQUE de la

PHARMACIE MIALHE

njonctivites. — Trachome Granuleux

PRICINE MIALHE

URE DE CUIVRE NEUTRE, CHIMIQ. PUR

LUTION — CRAYONS — POMMADE

e optique, Affections spécifiques, etc.

DRARGYRINE PETIT

les de lanoline hydrargyrique pour ns, dosées à 0,50, 1 gr., 2 gr. et 4 gr.

Hémostatique — Vaso-constricteur

SOLUTION

D'ADRÉNALINE MIALHE

TITRÉE AU 1/1000

Pansement oculaire

TAFFETAS PETIT

ANTISEPTIQUE — ADHÉSIF

Indispensable pour isoler l'œil après les opérations.

Échantillons gratuits aux Docteurs

harmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI, 8, rue Favart, Paris

Optique Médicale

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

de MM. les médecins oculistes

Jumelles pour théâtres, Courses, Marine

Boîtes de verres, Ophtalmoscopes, Campimètres, etc...

ANDRIEUX

OPTICIEN FABRICANT

Fournisseur des cliniques et hôpitaux

PARIS, 16, rue Soufflot.

NÉVRALGIES

MIGRAINES, NEURASTHÉNIE et toutes MALADIES NERVEUSES. *Guérison* certaine par les PILULES ANTINÉVRALGIQUES du D^r CRONIER

PRIX: 3 fr. LA BOÎTE avec Notice. *Franco poste.*

SCHMITT, Ph^{ien}, 75, Rue La Boëtie, PARIS.

TES PHARMACIES, FRANCE ET ÉTRANGER.

VONS MOLLARD★

ARIS, 8, Rue des Lombards. USINE à St-Denis (Seine) la douz.

AVON *Phéniqué* .... à 5 % de A^o MOLLARD 12^f

AVON *Boraté* .... à 10 % de A^o MOLLARD 12^f

AVON au *Thymol* .... à 5 % de A^o MOLLARD 12^f

AVON à l'*Ichthyol* ... à 10 % de A^o MOLLARD 24^f

AVON *Borique* .... à 5 % de A^o MOLLARD 12^f

AVON au *Salol* .... à 5 % de A^o MOLLARD 18^f

AVON au *Sublimé* à 1 % ou 10 % de A^o MOLLARD 18^f ou 24^f

AVON *Iodé* (KI — 10 %) .... de A^o MOLLARD 24^f

AVON *Sulfureux* hygiénique de A^o MOLLARD 12 ou 24^f

AVON au *Goudron* de Norwège de A^o MOLLARD 12^f

AVON *Glycérine* .... de A^o MOLLARD 12^f

S SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

OLEO-COLLYRES DOLVIN

à 1 % d'Acaloïdes purs dans l'HUILE stérilisée.

Oléo-atropine, Oléo-ésérine, Oléo-Cocaïne, Oléo-pilocarpine.

DOLVIN

RENO-COLLYRES MONTI

à 1 % d'Alcaloïdes dans la solution d'ADRÉNALINE à 1/1000

Réno-atropine, Réno-ésérine, Réno-cocaïne, Réno-pilocarpine.

MONTI

Rigoureusement stérilisés, les **OLEO** et **RENO** collyres sont livrés en boîtes de six tubes, d'un modèle déposé, transformables en compte-gouttes **capillaires** donnant des gouttes exactement **dosées**.

Ampoules stérilisées pour injections hypodermiques et sous conjonctivales.

Pommades ophtalmiques **DOLVIN** indolores et aseptiques :

Oxyde jaune — Aristol — Iodoforme

Les produits DOLVIN et MONTI se trouvent: chez M. MINOT, pharmacien-préparateur, à Tours, et chez MM. MONNOT-BARTHOLIN, 21, rue Michel-le-Comte, à Paris; PIOT-LEMOINE, 23, rue Sainte-Croix, à Paris.

Thigénol Roche

sulfitée sodique sulfurée

nt 10 % de SOUFRE

ané de l'ICHTYOL

, Insipide, Soluble eau.

hes de Thigénol sur le linge ssent par simple lavage

AFFECTIONS PULMONAIRES

Traitées par le

Thiocol Roche

Dérivé succédané de la CRÉOSOTE

Soluble, Inodore, Insipide

2 à 8 gr. par jour.

(1 gramme Thiocol = 0,52 Gaïacol actif).

Airol Roche

Succédané de l'IODOFORME

« *Moins toxique que l'Iodoforme, l'Airol a encore sur ce dernier l'avantage d'être inodore et de n'exercer sur la peau aucune action irritante.* » (D^r LEGUEU, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.)

« *L'Airol dessèche les plaies et facilite leur cicatrisation d'une façon remarquable; il est incontestablement préférable à l'Iodoforme sous tous les rapports et surtout parce qu'il n'a pas d'odeur.* » (CRINON, *Nouveaux Remèdes.*)

« *L'Airol a un pouvoir bactéricide égal sinon supérieur à celui de l'Iodoforme.* » (Prof. FRIEDLANDER.)

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^{ie}, 7, *Rue Saint-Claude*, PARIS (III^e).

Elixir laxatif contre la CONSTIPATION

LIQUIDE ALEXANDRE

agréable à prendre

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

CASCARA 0f.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

19, Rue des Math...s, PARIS

PROTHÈSE OCULAIRE

Les plus hautes récompenses à toutes les Expositions universelles

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

SUR LES

YEUX ARTIFICIELS

Leur adaptation, leur usage et les moyens de se les procurer

Par A.-P. BOISSONNEAU FILS *

OCULARISTE

De Facultés et Universités françaises et étrangères, fournisseur des Hôpitaux civils et militaires

28, rue Vignon, PARIS (IXe), de 2 h. à 4 h.

Ancienne rue de la Ferme-des-Mathurins, près la Madeleine

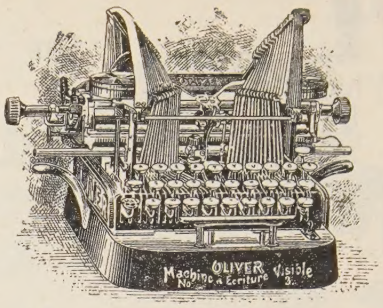
R. COULOMB *, Externe des Hôpitaux

SUCCESSEUR

Brochure in-8°, avec 4 gravures sur bois. — Cette brochure est envoyée FRANCO

La Cie "Cosmos

Machines à écrire *de toutes marques* neuves ET d'occasion



Bureau

Clas

amér

tous g

LONDRES et NEW-YORK

PARIS, 18, rue Rossini.

IODOGÉNOL PÉPI

Gouttes titrées

Forme chimique assimilable de l'Iode pos une **plus grande activité** que toutes les autres naisons et **toujours** parfaitement **tolérée**.

Doit être prescrit dans tous les cas où le médeci administrer iode ou iodures.

Posologie. { enfants : 5 à 20 gouttes. adultes : 20 à 40 gouttes et plus, par dans de l'eau.

ECHANTILLONS SUR DEMANDE.

PÉPIN et LEBOUCQ, pharmaciens à Falaise (Calva

LABORATOIRE

DE PRODUITS ORGANIQUES

Du Dr Léon JACQUET, ✿, Ph. de 1re classe

RUE BOILEAU, 269, LYON.

ADRÉNALINE

Solution au 1/1000

En flacon de 3 fr. ou en boîtes de 5 à 10 ampoules.

Collyres Aseptiques indolores

En Ampoules compte-gouttes. Prix : 0.50 à 0.60

1° **Extrait du corps ciliaire** (Formule du Dr Dor), pour Cyclites et Ophtalmies sympathiques.

2° **Suc oculaire** du Dr Darier (corps ciliaire, iris, phoroïde et rétine).

3° **Extrait des Glandes** surrénales pour kératites vasculaires, conjonctivites et épiscléries.

4° **Injections sous-conjonctivales**, acoïne, dionine, euphtalmine, homatropine, cocaïne, atropine, ésérine, cyanure de mercure, chlorure de sodium, etc.

Pastilles d'Adrénaline

Prix : 5 francs la boîte

INJECTIONS HYPODERMIQUES STÉRILISÉES

en ampoules de 0,50 centimes

Caféine, morphine, ergotine, cocaïne, cacodylate de soude, sels de mercure, etc.

Remise importante à MM. les Docteurs.

Acoïne

rend **absolument** INDOLORES LES INJECTIONS S CONJONCTIVALES et SOUS-CUTANÉES. Avec l'**Aco** on produit une durée de l'Anesthésie considérablement longue qu'avec la Cocaïne et autres anesthésiques.

Pour les doses et le mode d'emploi consulter la *Clinique Ophtalmologiqu* du 25 juin 1899 ou demander la brochure.

Xéroforme

Remplace avantageusement l'iodoforme sans en avoir l'o Il n'est pas toxique et est éminemment siccatif et désodori Il possède une action spécifique dans la guérison des ULCÈ de la CORNÉE, du CATARRHE PRINTANIER, des EC MAS HUMIDES, etc., etc.

NOTICES ET RENSEIGNEMENTS : **L. BARBERO**

15, place des Vosges, PARIS. Téléphone 113.70

MAISON FONDÉE EN 1879

INSTRUMENTS DE PRÉCISION POUR L'OPTIQUE ET LES MATHÉMATIQU

Fabrique de **LUNETTES** et de **PINCE-NE**

G. SEGUIN

14, Boulevard St-Michel, 14

entre le Boulevard St-Germain et la Fontaine

PARIS

Exécution soignée des Ordonnances de MM. les Oculistes.

PRIX MODÉRÉS

YEUX ARTIFICIELS

MODÈLE NOUVEAU A CHAMBRE ANTÉRIEURE

IRIS A REFLETS CHATOYANTS (MODÈLE DÉPOSÉ)

J.-B^te PADRONA & C^IE

OCULARISTES

1, rue Rossini, PARIS 9^me

ALADIES DE POITRINE

BRONCHITES CHRONIQUES
TARRHES PULMONAIRES, LARYNGITES
EXTINCTIONS DE VOIX, etc., etc.
Traitement rationnel par le

ROP Balsamo-Sulfureux LE BRUN

ONOSULFURE DE SODIUM CHIMIQUEMENT PUR
Goudron, Tolu et Alcoolature de Racine d'Aconit
IX : 3 fr. DÉPOT : **PHARMACIE CENTRALE,**
O, Faubg Montmartre, Paris et Pharmacies.

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurese** rapide relèvent le **cœur** affaibli, dissipent
ACYSTOLIE, DYSPHÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
Effet immédiat, pas de vasoconstriction.
EXIGER LA MARQUE. — Paris, 3, Boul^d St-Martin.

SANTHÉOSE Médication par la Théobromine
Chimiquement pure (fabrication française).

1° SANTHÉOSE
Diurétique idéal.
Affections cardiaques et rénales.
2 à 6 cachets de 0,50 gr. (Théobromine pure.)

2° SANTHÉOSE CAFÉINÉE
Diurétique et cardio-tonique.
Fièvres typhoïdes, Pneumonies, Influenza
2 à 6 cachets de 0,50 g. (Théobromine, 0,45 g.

3° SANTHÉOSE PHOSPHATÉE
Diurétique et tonique.
Surmenage, Neurasthénie, Convalescence,
2 à 6 cachets de 0,75 g. (Théobromine, 0,50 g.

4° SANTHÉOSE LITHINÉE
Diurétique et anti-uricémique.
Préventif de la sclérose cardio-rénale.
Goutte, Gravelle.
1 cach. de 0,75 g. (Théobromine, 0,50 g.), tous les matins 20 jours par mois.

VENTE en GROS 4, rue du Roi-de-Sicile, 4 Paris, 4^e arrondt.
DÉTAIL DANS TOUTES PHARMACIES.

CACODYLATE DE SOUDE CLIN

(Arsenic à l'état organique)

Gouttes Clin : 1 cgr. de **Cacodylate** de **Soude pur** par 5 gouttes.
Se prennent aux repas dans un peu d'eau. S'administrent également par la voie rectale.

Globules Clin : 1 cgr. de **Cacodylate** de **Soude pur** par globule.

Tubes stérilisés Clin : pour **Injections hypodermiques.**
5 centigr. de *Cacodylate de Soude pur* par Tube.

DOSE MOYENNE : 0 gr. 10 de Cacodylate de Soude par jour, correspondant en Arsenic à 0 gr. 06 d'Acide arsénieux ou à 6 gr. 15 de Liqueur de Fowler.

CLIN & C^ie, F. COMAR & Fils (MAISONS RÉUNIES), 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS. 678

VIN NOURRY

Iodotané

Exempt de tout iodure alcalin.
GOUT AGRÉABLE — ASSIMILATION PARFAITE
Cinq centigr. d'Iode par cuill. à soupe;
Dix centigr. de Tanin par cuill. à soupe.
INDICATIONS : **Lymphatisme, Anémie, Menstruation difficile.**
DOSES : Adultes, une cuill. à soupe;
Enfants, une cuill. à café aux repas.
315
CLIN & COMAR, 20, Rue Fossés-St-Jacques, Paris.

ED. HENRY

Ingénieur-Opticien

BREVETÉ S. G. D. G.

15, rue Dauphine, PARIS.

Lunettes - Pince-Nez - Face à main

YEUX ARTIFICIELS

Exécution des ordonnances de MM. les Docteurs-Oculistes.

22, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Maison Ed. LUTZ. — E. FEINBERG, S^ucc^r

Opticien-fabricant, Fournisseur des Hôpitaux

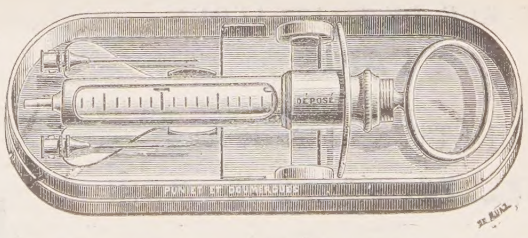
LUNETTES & PINCE-NEZ

Exécution rapide des Ordonnances de MM. les Docteurs Oculistiques.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE OCULAIRE

DOUMERGUES

40, rue de Londres, PARIS



SERINGUES STÉRILISABLES

PISTON INALTÉRABLE

Derniers perfectionnements.

Prix net avec boite en nickel, chevalet et 2 aiguilles en platine

1 gr....	11 fr. 50	5 gr....	16 fr.
2 —	13 »»	20 —	24 »»

ÉTUVES A DÉSINFECTION

ARSENAL COMPLET POUR OPÉRATIONS

Maison MATHIEU

FONDÉE EN 1848

Ateliers et Magasins : 113, boulevard Saint-Germain,

PARIS

FABRIQUE

d'instruments de Chirurgie oculaire et générale

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE -- PROTHÈSE OCULAIRE

Fournisseur des Hôpitaux et des principales Cliniques

Catalogue général franco sur demande.

MAISON A. CRÉTÈS

J. CORNET, Successeur

OPTICIEN-FABRICANT

PARIS, 66, RUE DE RENNES (6e arrond.), **PARIS**

EXPOSITIONS UNIVERSELLES 1878 et 1889

Médailles d'or

Ophtalmoscopes des Drs DE WECKER, LANDOLT, MASSELON, FOLLIN, MORTON, etc.

Kératoscope enregistreur et **Arc kératoscopique** des Drs DE WECKER, MASSELON.

Périmètres du Dr LANDOLT, du Dr BADAL, du Dr ASCHER.

Aximètre du Dr LEPLAT

Chromatoscope du Dr RIBEIRO DOS SANTOS

Prisme mobile de A. CRÉTÈS, nouvelle division avec angles métriques et angles de déviation par le Dr LANDOLT

Campimètre du Dr DE WECKER

Boîtes de verres d'essai petits et grands modèles, etc., etc.

Sphéromètre et appareils de la Geneva Optical Cie de Chicago

BI-IODURE SOUFFRON

KI+HgI² (Chs purs)

Maladies cutanées et syphilitiques (Tolérance, Inaltérabilité)

SOLUTION TITRÉE { KI (ch^t pur) 1 gr. / HgI² » 0,01 c.

Une cuillerée à soupe contient

L'étiquette *ne porte pas les mots* Mercure, Hydrargyre, Syphilis, etc. Peut pénétrer dans les familles sans éveiller aucune suspicion.

VENTE : Phcie SOUFFRON, 58, Rue Miromesnil, PARIS et Phcies.

OPTIQUE MÉDICALE

Maison **KERN**

L. LAISSUS, SUCCESSEUR

7, RUE DE CHATEAUDUN

PARIS

LUNETTES, PINCE-NEZ

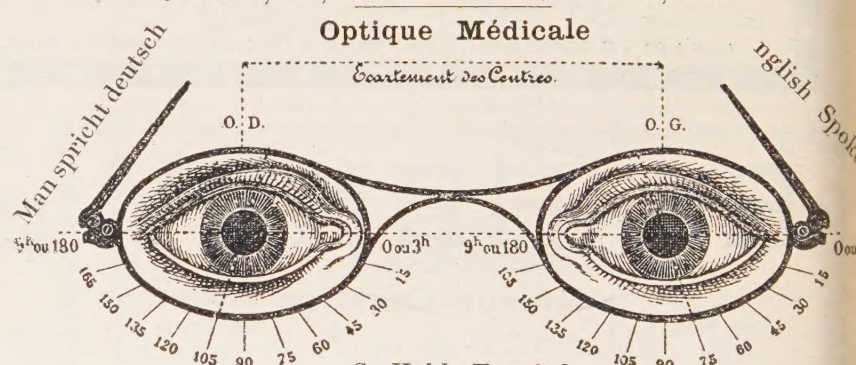
JUMELLES, FACES A MAIN

Exécution rapide des ordonnances de MM. les Docteurs oculistes.

MOREAU C., Opticien-Constructe

PARIS, 16, Rue de Seine, PARIS, 6me.

Optique Médicale



Se Habla Español

EXÉCUTIONS RAPIDES DES ORDONNANCES DE MESSIEURS LES OCULISTES

HUILE GRISE STÉRILISÉE VIGIER

et HUILE au CALOMEL STÉRILISÉE VIGIER * HUILE au BI-IODURE de MERCURE STÉRILISÉE

VIGIER, Phien, 12, Boulv Bonne-Nouvelle, PARIS, et toutes Pharmacies.

SAVON DENTIFRICE VIGIER LE MEILLEUR DES ANTISEPTIQUES

NUCLÉNAL BOUTY

Nucléine Phosphoglycérates

ACCROISSEME
DÉVELOPPEME
REPRODUCTI

3 à 4 Dragées par 24 heures, au moment des repas. — 1, Rue de Châteaudun, PARIS

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES

2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

HAMAMELINE-ROYA

Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA par LACHARTRE

19, R. Mathurins, PARIS

HEMORRAGIES-PHLEBITES-VARICES-HEMORROIDES

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE CORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.

REVUE MENSUELLE DE BIBLIOGRAPHIE

10. Divers.

Brüning. Bericht über die Wirksamkeit der Univesritäb saugenklinik in Tübingen in der Zeit vom 22. Okt. 1875 bis 31. Dez. 1901. Tübingen 1902, H. Laupp.

Bulletins et mémoires de la Société française d'ophtalmologie. Paris, G. Steinheil, 1902.

Hirschberg. Photinos Panas. Nekrolog. Centralblatt für prakt. Augenheilk., Januar 1903.

Heine. Neuerungen an den Projektionseinrichtungen der Breslauer Universitäts-Augenklinik. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk, I. Bd., Februar 1903.

Hoor, Karl. Erfahrungen im Rahmen der Ophthalmologie. Szemészeti Lapok Budapest, Nr. 2, 1902.

Konigsberger. Hermann von Helmholtz, 2. u. 3. Bd. Vieweg et Sohn, Braunschweig 1903.

Marshall. Sitzungsbericht der Englischen Ophthalmologischen Gesellschaft (Ophthalmological Society of the United Kingdom). Archv f. Augenheilk., 46. Bd., 4. Heft, 1903.

v. Michel. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie. Bericht für das Jahr 1901. Zweite Hälfte. Tübingen, H. Laupp, 1903.

Motais. Inauguration de la chaire de Clinique Ophtalmologique à l'école de médecine d'Angers. Angers, Germain et G. Grassin, 1902.

Schmidt-Rimpler. Bericht über die wichtigeren Forchungsergebnisse auf dem Gebiete der Augenheilkunde des Jahres 1901. Schmidt's Jahrbücher der gesamten Medicin Leipzig.

Nachruf für Doc. Dr. Isidor Herrnheisser und Verzeichnis seiner wissenschaftlichen Arbeiten. Prager medic. Wochenschr. 1903, Nr. 2.

Wagenmann. Bericht über die 30. Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft Heidelberg 1902. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902.

11. Ophthalmologie comparée.

Ablaire. Des grains de suie et de leur valeur étiogénique dans le phénomène de la peur de cause oculaire. Société des Sciences Vétérinaires de Lyon 1903, p. 286.

Adam. Ueber Erbfehler bei Zuchtpferden. Wochenschrift für Tierheilkunde und Viehzucht 1903, S. 99.

Bar. Ein weiterer Beitrag zu den colibacillären Infectionen des Kalbes. Cataracta totalis. Schweiz. Arch. f. Tierheilk. 1902, S. 223.

Bauermeister. Sarkomatose beim Pferd. Deutsche Tierärztliche Wochenschr, 1903. S. 50.

Cadéac. Atrophie congénitale des yeux chez une pouliche. Journal de méd. Vétér. de Lyon, Novembre 1902.

Danou, Ben. Hypermangausaures Kali in der Behandlung von eitriger Keratitis. Revue vétérinaire, Oktober 1902.

Carougeau et *Marotel*. Filariose oculaire du cheval. Société des Sciences vétérinaires de Lyon 1902, p. 266.

Diem. Hornhautverletzung beim Pferd. Wochenschrift für Tierheilkunde. u. Viehzucht 1902, S. 381.

Eichler. Ein Fall von einem Cancroid der Orbita beim Pferd und statistische Zusammenstellung von Carcinomen bei Pferden. Zeitschrift für Tiermedicin 1902, S. 428.

Fleischer. Entropium infolge von Influenza. Tierärztl. Centralblatt 1902, S. 467.

Fumagalli. Amaurosis beim Rind infolge von Tuberculose. Ref. Deutsche Tierärztliche Wochenschrift 1902, S. 378.

Ghisleni, Pietro. Seltener Fall von Parasitismus im Auge des Hundes. Orig. Clin. veter. 1902, Nr. 38. Ref. Berl. Tierärztl. Wochenschr. 1902, S. 707 und Tierarzt 1902, S. 257.

Kofler, J. Einiges über Folgekrankheiten der Druse. Monatshefte für praktische Tierheilkunde 1901, 14. Bd., S. 74.

Linter, A. Ætiologie der seuchenhaften Hornhautentzündung der Rinder. Orig. Veterinarius 1901, Nr. 29. Ref. Deutsche Tierärztl. Wochenschr. 1903, S. 85.

(A suivre.)

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerrannée.

VOYAGES CIRCULAIRES EN ITALIE

La Compagnie délivre toute l'année, à sa gare de Paris, ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. — La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P. L. M., vendu 3 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

Exemple d'un de ces voyages : Itinéraire 81-A 3: Paris, Dijon, Macon, Aix-les-Bains, Modane, Turin, Milan, Venise, Bologne, Florence, Pise, Gênes, Vintimille, Nice, Marseille, Lyon, Dijon, Paris.

Durée du voyage : 60 jours.

Prix : 1re cl. 253 fr. 50 ; 2e cl. 183 fr. 20.

OUATAPLASME DU Dr LANGLEBERT

Cataplasme instantané. — Pansement émolient et aseptique. — Précieux dans les blépharites, chalazions, furoncles, etc.

ADRÉNALINE CLIN

se trouve dans toutes les pharmacies

Adrénaline pure en cristaux, tubes de 0 gr. 05.....	4 fr.
Solution d'Adrénaline (chlorhydrate) au 1/1000e, p. fl.	1.5
id. g. fl.	5 »
Collyre au 1/5000e.....fl.	4 »
Granules d'Adrénaline dosés à 1/4 de milligr.....fl.	4 »
Tubes stéril. pour inject. hypod., 1/2 mg. par cc. b.	6 »
Suppositoires dosés à 1/4 de milligr.....b.	3.5

CLIN et Cie. — F. COMAR et fils et Cie, Paris.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX, INDICATIONS, MODE D'EMPLOI.

DIONINE **analgésique oculaire profond** provoquant un afflux lymphatique qui active la nutrition de l'œil — accélère la cicatrisation des plaies et la résorption des exsudats. — Collyres à 2 et 5 % dans les **kératites,** le **glaucome**, les **iritis**, etc. (Voir la *Clin. Opht.*, pages : 1, 135, 137, 179, 352, 1902.)

Le bromure de MÉTHYLATROPINE est un précieux **mydriatique** plus faible que l'atropine. A 1/2 % en combinaison avec la cocaïne ou la tropococaïne, il remplace l'**euphtalmine** pour l'examen ophtalmoscopique, et à 1 % il remplace l'**homatropine** pour l'examen de la réfraction après paralysie de l'accommodation. (Voir la *Clin.Opht.*, page 317, 1902.)

L'IODIPINE est un succédané précieux de l'IK, dans toutes les affections scrofuleuses ou syphilitiques. Sans provoquer aucun phénomène d'iodisme, il s'emploie en injections sous-cutanées et sous-conjonctivales. (Voir la *Clin. Opht.*, pages 4 et 209, 1902.)

LE JÉQUIRITOL est une solution d'abrine permettant un dosage exact, remplaçant avantageusement le jéquirity pour éclaircir les pannus et les leucomes cornéens granuleux ou scrofuleux ainsi que certaines kératites parenchymateuses. (Voir la *Clin. Opht.*, page 341, 1901 ; page 349, 1902 ; page 1, 1903.)

LA TROPACOCAÏNE est un **anesthésique local** proche parent de la cocaïne, mais non toxique à doses thérapeutiques ; elle ne provoque aucun trouble de la cornée, aucune mydriase, aucune élévation de tension, se conserve très bien dans les solutions aqueuses qui sont antiseptiques. Doses : collyres à 1 % dans la solution physiologique. (Voir la *Clin. Opht.*, page 174, 1899.)

PEROXYDE D'HYDROGÈNE MERCK chimiquement pur, antiseptique puissant à 1 et 3 % dans les plaies et les ulcères de la cornée, les dacryocystites, les blépharites, etc. (Voir la *Clin. Opht.*, page 38, 1903.)

Produits spéciaux pour l'Ophtalmologie :

Largine, **pyoctanine**, **atropine**, **cocaïne**, **pilocarpine**, etc., à l'état de pureté la plus absolue. Demander échantillons et littérature à

M. ARROU et SALZE, 32, rue Saint-Antoine, PARIS

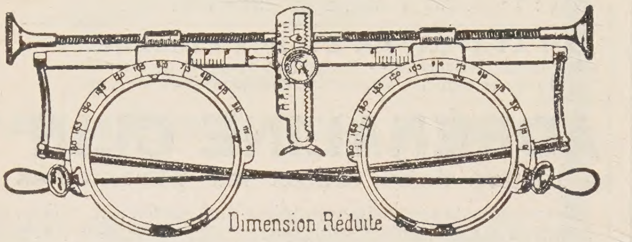
E. Merck

Fabrique de produits chimiques à Darmstadt (Allemagne.)

ANÉMIE **LA BOURBOULE** FIÈVRES
MALADIES DE LA PEAU VOIES RESPIRATOIRES

C. MIENNE, opticien-fabricant,
FOURNISSEUR DES CLINIQUES
106, Boulevard Saint-Germain,
en face la Faculté de Médecine, PARIS

Pince-nez correcteurs en tous genres pour l'astigmatisme.



Boîtes de verres complètes pour Messieurs les oculistes

LUNETTES D'ESSAI
PERMETTANT d'OBTENIR INSTANTANÉMENT L'ÉCARTEMENT PUPILLAIRE, LA HAUTEUR ET LA SAILLIE DU NEZ

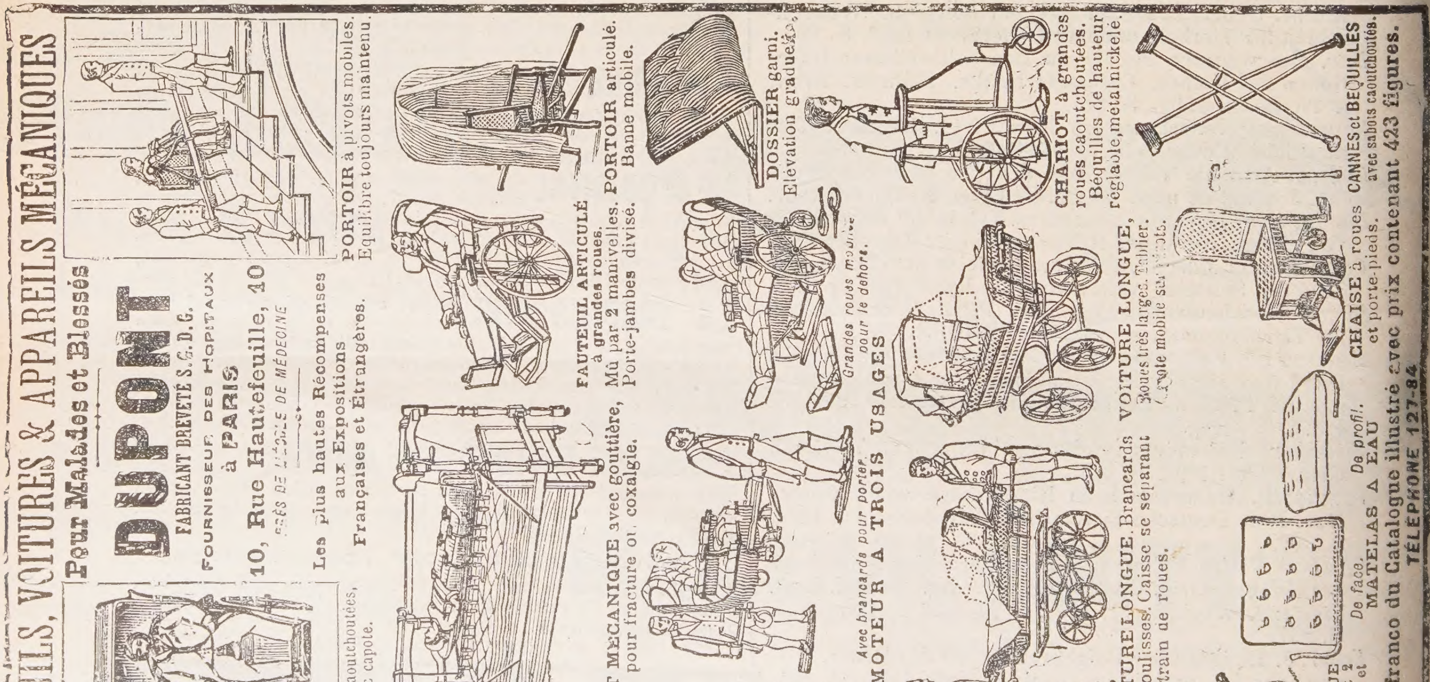
LUNETTES PONT-SELLES (modèle du Dr Moissonnier, de Tours), *de toutes grandeurs, livrées de suite.*

SUPÉRIORITÉ INCONTESTABLE Sur l'Huile de Foie de Morue EFFICACITÉ CERTAINE GOUT AGRÉABLE PAS D'ODEUR
APPROBATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
SIROP ET VIN DE DESPINOY à l'EXTRAIT PUR de FOIE de MORUE, simple, ferrugineux et créosoté
ANÉMIE CHLOROSE LYMPHATISME SCROFULE RACHITISME DÉBILITÉ CONVALESCENCES ENGORGEMENTS GANGLIONAIRES ETC. ETC.
DÉPOT GÉNÉRAL : 3, rue Turgot, PARIS (9e)
ÉCHANTILLONS GRATIS A MESSIEURS LES MÉDECINS

RÉNINE
SOURCE CÉSAR
EAU MÉDICINALE
EAU NITRÉE D'ALSACE
Autorisation de l'État

DÉPOT GÉNÉRAL
29, *Rue des Vinaigriers,* 29
PARIS

LA RÉNINE
est d'une efficacité remarquable dans
les Hydropisies
les Affections du cœur et du péricarde
la première période
du Rhumatisme articulaire aigu
les Inflammations de l'appareil génito-urinaire
les Maladies laiteuses
les Affections goutteuses
les Maladies des Reins
les Troubles gastriques
les Affections intestinales
la Gravelle,
la Migraine, etc., etc.
Ses propriétés laxatives en font l'adjuvant très utile d'un grand nombre de traitements



Gérant : R. JOCQS. Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.

SOMMAIRE

I. — **Travaux originaux.**

Dr Grandclément : Comment faut-il employer l'adrénaline pour guérir le glaucome sans opération ? 203
Dr Jocqs : Strabisme de 50 degres, absence de convergence, guérison par l'avancement musculo-capsulaire 206

II. — **Sociétés savantes.**

Société française d'Ophtalmologie.

Rochon-Duvigneaud : La question des lésions vasculaires dans la retinite albuminurique 209
Grandclément : Comment faut-il employer l'adrénaline pour guérir le glaucome sans opération ? 209
M. Abadie : Des diverses variétés de chorio-rétinite et de leur traitement 209
M. Moissonnier : Irido-cyclite tuberculeuse 210
MM. Chevallereau et J. Chaillous : Tuberculose conjonctivale d'apparence sarcomateuse 211
M. Fage : Valeur optique de l'iridectomie dans les taies de la cornée 212
H. Villard : Traitement du trichiasis de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie 212
M. A. Terson : Dermatolysie palpébrale 213
F. de Lapersonne : Glaucome consécutif aux opérations de la cataracte 213
Péchin : De la sécurité que donne l'iridectomie dans l'opération de la cataracte 214
M. Dupuy-Dutemps : Du glaucome consécutif à l'extraction du cristallin 214
M. Golesceano : Pronostic et durée de l'ophtalmie purulente 215
M. Bérard : De l'abus des cathétérismes dans les dacryocystites simples 215
M. Jocqs : Absence de convergence strabisme de 50°, guérison par avancement musculo-capsulaire 215
M. Jacqueau : Sclérose des cornées chez une jeune sujet 215

III. — **Bibliographie.**

Dr Foveau de Courmelles : L'année électrique, électrothérapique et radiographique 215
De Lapersonne : Un nouvel anesthésique : la stovaïne 216

IV. — **Informations.**

Xe Congrès d'Ophtalmologie 216

PROTARGOL

Combinaison de protéine d'argent

Antiseptique chirurgical

Anti-blennorrhagique

Tue sûrement et rapidement les GONOCOQUES

Ne cause AUCUNE IRRITATION

Résultats remarquables dans les **Affections de la Conjonctive**

ASPIRINE

Nouveau succédané du salicylate de soude

TRAVERSE L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER

Exempt de tous effets secondaires désagréables

ACTION CALMANTE REMARQUABLE

Indications : Affections oculaires rhumatismales, goutte, sciatique, pleurésie, etc.

DOSES : 1 gramme trois à quatre fois par jour en cachets, ou dans un peu d'eau sucrée.

SOMATOSE

RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Extrait de viande contenant 88 0/0 *D'ALBUMOSES*

seule préparation d'albumoses ayant bon goût, toujours bien tolérée et entièrement assimilable

Anémie Convalescence Débilité, Phtisie Tuberculose Affections de l'estomac, etc.

Dose : 10 à 12 gr. par jour en 3 ou 4 fois Dissoute dans l'eau, lait, bouillon, etc.

SALOPHENE

Rhumatisme articulaire AIGU. — GRIPPE. — SCIATIQUE. — CHORÉE, etc.

4 à 6 grammes par jour (en cachets)

Toxique à aucune dose.

Antialgique de premier ordre.
Jamais d'effets secondaires.
Supérieur au salicylate de soude.

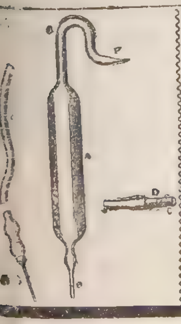
Action sûre et rapide dans les

Migraines et Névralgies

(1 à 2 grammes)

TOUS CES PRODUITS SONT EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

FRÉD. **BAYER et Cie**, 23, rue d'Enghien. — Paris. — Echantillons gratuits à MM. les Docteurs.



SÉRUM JABOIN

Ampoules scellées à la lampe de 50, 100, 250 et 500 cent. cubes.
ASEPTIQUES, COMMODES, INDOLORES

Ampoules Hypodermiques Jaboin

A TOUS MÉDICAMENTS
(Cacodylate, Quinine, Morphine, Méthylarsinate, Huile grise, etc.)

Pharmacie JABOIN, 27, rue Miromesnil, PARIS
Envoi d'Echantillons sur demande à MM. les Médecins

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine

PEPTONE CATILLON

en **POUDRE**, *représente* **10** *fois son poids de viande Pure, inaltérable, agréable dans un grog ou du lait.*
Aliment des Malades qui ne peuvent digérer.
Remplace la viande crue, ... célérer le régime lacté.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande et 0.40 phosphates par verre à madère.
Rétablit les ***Forces, Appétit, Digestions.***

LOTION LOUIS DEQUÉANT Contre le Sébumbacille, Madarosis, Calvitie, Pelade, Teigne, Séborrhée, Acné, etc.
En vente chez les Pharmaciens seulement.

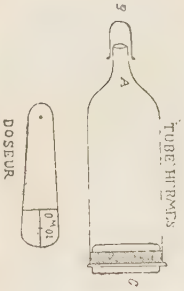
Le **Sebumbacille, microbe** de la **calvitie vulgaire**, a été découvert par M. **Louis DEQUÉANT** [illegible] déposés à l'Académie de Médecine, 23 mars 1897, 8 mai 1898.) L'extrait de ces Mémoires est adressé gracieusement [illegible] demande. *Renseignements gratuits et prix de faveur pour tous les membres du corps médical.*

FABRIQUE SPÉCIALE de POMMADES OCULAIRES

ASEPTIQUES EN

TUBES HERMÈS

Nom et modèle déposés



1, Pommades à **l'oxyde jaune de Hg.** Les seules indolores au **1/10, 1/20, 1/50.**
2, Pommades au précipité blanc au 1/50.
3, à l'*Iodoforme pur, hyrisé* au 1/50.

MODE D'EMPLOI : Enlever la coiffe de verre, pousser le bouchon à l'intérieur du tube pour faire sortir la pommade que l'on n'a qu'à recevoir sur le doseur.

Prix : 2 francs

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Vente en Gros : G. **DURAND**, ph. *à Châtel-Censoir (Yonne).*

« Echantillons gratuits à MM. les Oculistes »

AMPOULES POUR L'OPHTALMOLOGIE PAILLARD-DUCATTE

COLLYRES HUILEUX
Atropine, Cocaïne, Eserine, Iodipine, etc.
COLLYRES AQUEUX et Ampoules Compte-Goutte
Acoïne, Atropine, Cocaïne, Dionine, Eserine Eucaïne, Pilocarpine, Rénaline, Tropacocaïne
AMPOULES ORDINAIRES et **AMPOULES AUTO-INJECTABLE**
à tous Médicaments pour injections hypodermiques

Laboratoire **PAILLARD-DUCATTE**, Phens, 17, Pl. de la Madeleine, Paris. Tél. 254-5

PILULES DE BLANCARD à l'Iodure de F inaltérable.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les **Pilules de Blancard** conviennent spécialement dans les affections que détermine la **Cachexie scrofuleuse** (*tum engorgements ganglionnaires, humeurs froides*, etc.) contre lesquelles les simples ferrugineux sont impuissants; dans la **Chlo** la **Leucorrhée**, l'**Aménorrhée**. — Suivant le Professeur Bouchardat, l'iodure de fer est doué d'une efficacité véritable merveilleuse contre les terribles accidents de la **Syphilis constitutionnelle** (*ulcères, exostoses*, etc.)

Ces Pilules rendent aussi de grands services dans le traitement du **Goître**, des **Tumeurs blanches**, du **Rachitism** l'**Anémie**. — Enfin elles modifient rapidement les constitutions **lymphatiques**, faibles ou débilitées.

SIROP DE BLANCARD à l'Iodure de Fer inaltérable.

DOSE : Pilules, 2 à 6 par jour. — ***Sirop,*** 1 à 3 cuillerées par jour. — **BLANCARD & Cie, 40, Rue Bonaparte, PA**

Tous les inconvénients de l'

IODURE de POTASSIUM

supprimés par les

CAPSULES du Docteur AILAINE

à l'Iodure de Potassium pur

AVANTAGES :

Plus de Pyrosis — Dissolution dans l'estomac — Tolérance parfaite — Plus de dégoût — Inaltérabilité absolue — Prix modéré.

Le flacon de 30 capsules dosées à 0,25 Cg. d'IK : 4 fr. 50.

AVIS IMPORTANT. — Nous prions MM. les Docteurs de bien vouloir prescrire et exiger " **Capsules du Docteur Ailaine** " et aussi de nous demander échantillons, littérature et renseignements qui leur permettront d'apprécier les avantages réels que nous indiquons.

Concessionnaire :

Léon DIEU, 54, RUE LAFAYETTE, PARIS.

CURATINE — MARQUE — DÉPOSÉE — Brunet

SPÉCIFIQUE de l'Elément Doul CURATIN

Puissant Analgésique.
Innocuité absolue.
Action rapi

Efficacité reconnue dans l'**Iritis**, le **Glaucôme**
Névralgies oculaires, rhumatismales ou autres.
Névralgies diverses, **Rhumatisme** aigu, **Lumba**
Echantillons sur demande.

DÉPÔT GÉNÉRAL : Pharmacie BRUNET, 34, Rue Saint-Paul, PARIS

Pour éviter toute substitution, MM. les Médecins doivent exiger que chaque cachet de **CURATINE** soit délivré dans une boîte en carton po en relief la marque ci-dessus, comme garantie.

Chaque cachet contient un gramme de **CURATINE.**

DOSES : Un à cinq cachets par jour.

IODALOSE GALBRU

SOLUTION CONCENTRÉE ET TITRÉE DE PEPTONIODE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

Combinaison complète et stable de l'Iode avec la Peptone
REMPLACE TOUJOURS avec avantage IODE et IODURES sans IODISME

Arthritisme, Goutte, Rhumatisme, Artériosclérose, Angine de Poitrine, Maladies du Cœur et des Vais Asthme et Emphysème, Scrofule, Affections glandulaires, Rachitisme, Goître, Fibrome, Syphilis, Obé

Iode physiologique VINGT FOIS PLUS ACTIF que l'Iode des Iodures

Cinq gouttes **IODALOSE**, renfermant un Cgr. Iode physiologique, agissent comme vingt-cinq Cgr. I
DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour **Enfants**; dix à cinquante gouttes pour **Adultes.**
Communication au XIIe Congrès International de Médecine, Paris 1900.

Pharmacie GALBRUN, 4, Rue Beaurepaire, PARIS ET TOUTES P

TRAVAUX ORIGINAUX.

I

Comment faut-il employer l'adrénaline pour guérir le glaucome sans opération ?

Par le Dr Grandclément (Lyon).

Plusieurs cas personnels, que je relaterai plus loin, m'ont donné la conviction que nous pourrons désormais guérir la plupart des glaucomes et même des affections glaucomateuses secondaires de l'œil, avec l'adrénaline et sans opération.

Mais, pour atteindre ce résultat, quatre conditions seront requises et indispensables :

1° Il faudra que le glaucome soit récent et n'ait pas encore eu le temps de produire des lésions organiques soit dans le corps ciliaire et l'iris, soit surtout dans l'angle irido-cornéen, vers le pourtour de la chambre antérieure ;

2° Il faudra, en second lieu, que l'adrénaline soit instillée dans l'œil toutes les demi-heures, et cela sans interruption aucune, jusqu'à ce que l'hypertension ait cédé, ce qui demande environ trois jours ;

3° En troisième lieu, il faudra employer concurremment l'adrénaline et l'éserine, afin de combattre simultanément les deux causes principales du processus glaucomateux, a savoir : d'une part, l'hypersécrétion de l'humeur aqueuse par le corps ciliaire congestionné ; ce sera la tâche de l'adrénaline ; — et d'autre part *le défaut d'élimination de cette humeur* aqueuse, par suite de l'obstruction de ses bouches de sortie dans l'angle irido-cornéen ; ce sera le rôle de l'ésérine qui, en ramenant le voile irien à sa place, dégagera les lacunes de Fontana par lesquelles elle s'élimine;

4° Enfin, il faudra cesser ou ralentir beaucoup l'usage de l'adrénaline, aussitôt que l'hypertension aura cédé, sinon l'on s'exposerait à voir survenir une hypotension dangereuse et permanente.

Mais, avant de relater les faits qui m'ont inspiré cette conviction et permis de formuler ces conditions de succès de l'adrénaline vis-à-vis des affections oculaires caractérisées, d'une manière générale, par l'hypertension, je veux rappeler en quelques mots l'état actuel, encore bien incomplet, de nos connaissances sur les principales propriétés physiologiques et thérapeutiques de cette susbtance.

Nous savons que l'adrénaline est un puissant vaso-constricteur périphérique ; qu'elle anémie plus spécialement certaines régions et certains organes pour en refouler le sang vers les gros vaisseaux centraux dans lesquels elle peut élever considérablement la pression vasculaire.

Nous savons aussi que cette puissante vaso-constriction est de courte durée, à peine une demi-heure, vu que cette substance est rapidement oxydée et détruite dans l'organisme ; de telle sorte que si nous voulons faire durer cette vaso-constriction assez longtemps pour en obtenir un effet utile, il faudra renouveler souvent et coup sur coup l'apport de cet agent.

Enfin, il est démontré qu'il ne faut pas, d'autre part, prolonger trop longtemps son usage ; sinon elle *déterminerait* assez rapidement des *incrustations* intra-vasculaires de nature athéromateuse, en commençant par les gros vaisseaux, l'aorte en particulier.

C'est pourquoi certains pathologistes tendent à expliquer aujourd'hui l'artério-sclérose par une hypertrophie et une suractivité des capsules surrénales qui déverseraient ainsi une trop grande quantité d'adrénaline dans l'organisme.

L'adrénaline est donc un agent très puissant mais aussi très dangereux, qu'il faut manier avec prudence.

Mais c'est surtout lorsqu'on l'emploie localement sur l'œil qu'il faut attentivement surveiller son action ; car elle peut amener rapidement une hypotension considérable, voire même une hypotonie permanente et définitive, ainsi que le démontre le fait suivant, que j'ai observé il y a cinq ans et qui m'a été très utile pour déterminer le mode d'emploi de l'adrénaline en thérapeutique oculaire.

A cette époque, j'eus à soigner un vigoureux jeune homme de 27 ans, atteint depuis près d'un an, non pas d'une conjonctivite bulbaire, mais d'une sorte d'hyperémie chronique, avec hyperplasie du tissu cellulaire sous-conjonctival de l'hémisphère antérieur des deux yeux. Cet engorgement singulier ayant résisté à tout, je crus bien faire de l'attaquer par des instillations fréquentes d'extrait de capsules surrénales ; je les faisais repéter toutes les

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

demi-heures afin de ne pas permettre à la rougeur de se reproduire : j'ajoute qu'il n'existait pas d'hypertension et que je n'avais en vue que de blanchir l'œil.

Mais, au cours du troisième jour de ce traitement, le malade s'aperçut que sa vue, qui était normale jusque-là, avait considérablement diminué ; et moi je constatais avec effroi que ses deux yeux étaient devenus *affreusement mous* et n'opposaient plus aucune résistance à la pression,

Naturellement, je fis aussitôt cesser l'usage de ce remède, mais la vision mit plus de six mois pour reprendre à peu près son acuité normale ; quant à la tension, elle resta très abaissée pendant plus de six mois ; et aujourd'hui même elle est toujours au-dessous de son taux normal d'une façon manifeste, et ne reprendra jamais.

Ce pénible incident, s'il me causa de grands ennuis, eut au moins l'avantage de m'apprendre que si l'adrénaline est un puissant et dangereux vaso-constricteur, dont il faut se défier, elle n'en constitue pas moins un précieux agent, un agent de premier ordre, pour abaisser sûrement et comme à volonté la tension exagérée d'un œil, et que nous avons dans son emploi bien surveillé un moyen sûr de combattre toutes les affections oculaires caractérisées par l'hypertension, qu'elle soit primitive ou secondaire.

Aussi je me promis, dès cette époque, de traiter systématiquement un glaucome aigu et de date récente, uniquemement par cette substance, dès que j'en aurais l'occasion.

Or précisément cette occasion s'est présentée à moi dans les meilleures conditions, le 13 décembre dernier (1903), il y a tantôt cinq mois.

A cette époque je vois arriver dans mon cabinet une jeune femme de 37 ans, atteinte depuis deux jours d'un *glaucome suraigu de l'œil gauche* avec tous ses symptômes les plus caractéristiques : *mydriase, hypertension énorme, douleurs atroces, vision nulle, trouble considérable des milieux* qui ne permet pas d'éclairer le fond de l'œil, etc., etc.

Je dois ajouter qu'elle éprouvait déjà depuis six mois et fréquemment tous les symptômes prémonitoires d'une attaque de glaucome, tels que léger endolorissement du globe, obnubilations passagères, perception d'arcs-en-ciel autour des lumières, etc.

Je lui proposai naturellement l'iridectomie, mais elle refusa obstinément toute intervention opératoire. Dès lors, tranquille au sujet de ma responsabilité, je saisis avec empressement cette occasion, que j'attendais depuis cinq ans, de traiter un véritable glaucome uniquement avec l'adrénaline, aidée de l'ésérine comme cheval de renfort. Car depuis ce que j'avais observé cinq ans auparavant, chez le jeune homme dont je viens de relater l'histoire, je ne conservais plus aucun doute sur la possibilité de guérir le plus violent glaucome, sans opération, uniquement par l'emploi bien conduit de *l'adrénaline combinée avec l'ésérine*.

C'est ce que je réalisai chez cette jeune femme. Seulement, pour bien m'assurer que la guérison prévue, si elle se produisait, ne pourrait pas être attribuée à l'ésérine, qui est reconnue incapable de guérir à elle seule et radicalement une véritable attaque de glaucome, je l'employai chez ma malade seule, et pendant trente-six heures.

Ce puissant myotique, instillé pourtant à hautes doses et toutes les heures, ne donna rien, absolument rien.

Dès lors, je fis instiller toutes les demi-heures et sans aucune interruption, ni le jour ni la nuit, et cela pendant trois jours consécutifs, une solution contenant 3 grammes d'adrénaline au 1/1000 et 5 centigrammes d'ésérine dans 10 grammes d'eau.

Dès la deuxième heure, les douleurs avaient considérablement diminué ; — dès la dixième heure, la malade commença à percevoir la main qui lui instillait le collyre, et au bout de 24 heures elle voyait assez pour se conduire très aisément avec cet œil seul.

Enfin vers la fin du troisième jour, elle avait recouvré la moitié de son acuité visuelle et tous les symptômes avaient cédé à peu près complètement ; l'hypertension elle-même, qui souvent ne cède que trois ou quatre jours après l'iridectomie la mieux réussie, non seulement était complètement abaissée, mais elle avait même déjà fait place à une hypotension manifeste, mais non encore inquiétante.

Aussi je m'empressai, sans cesser complètement l'usage de collyre en question, d'en espacer les instillations toutes les six heures seulement.

Je craignais encore un retour de glaucome ; mais je crois que j'aurais pu cesser complètement à ce moment déjà l'usage de l'adrénaline

pour m'en tenir à celui de l'ésérine ou même de la pilocarpine.

Enfin, après une semaine, l'œil paraissait bien et définitivement guéri et son acuité visuelle était remontée aux deux tiers d'une acuité normale, qu'il a conservée telle quelle depuis lors et jusqu'à ce jour.

Je dois dire cependant qu'elle eut quelques appréhensions il y a un mois ; il lui semblait percevoir quelques légers arcs-en-ciel ; mais trois instillations du même collyre ont dissipé totalement ses craintes.

Voilà donc un cas typique de glaucome suraigu qui, traité à temps par l'adrénaline combinée avec l'ésérine, a cédé complètement et reste bien guéri depuis près de cinq mois. Il est bien entendu que ce cas unique ne peut donner la certitude qu'il en sera toujours ainsi. Mais il fait présumer et donne l'espoir qu'il en sera toujours ainsi si l'on se met dans les mêmes conditions, c'est-à-dire si le traitement est commencé aussi près que possible du début de l'attaque.

Or, il n'en va pas autrement pour l'iridectomie, et l'on conçoit quel immense avantage aurait ce mode de traitement du glaucome si simplifié sur l'opération en question. D'abord le plus modeste praticien de la campagne pourrait avoir raison du plus violent glaucome sans déplacer son malade et l'envoyer au loin.

Et puis les oculistes eux-mêmes ne seraient ils pas heureux d'y recourir, surtout lorsque l'opération de l'iridectomie est rendue très difficile par l'accolement de l'iris contre la face postérieure de la cornée ; souvent alors l'on a une peine inouïe à pratiquer la kératotomie sans s'exposer à blesser le cristallin.

Plus récemment, il y a de cela un mois, j'ai eu à traiter, chez un vieillard de 72 ans, un glaucome aigu et fort douloureux, mais qui durait déjà depuis un mois, et avait détruit toute vision. Ce malheureux paysan avait patienté jusque-là, croyant toujours que cela passerait seul. Cependant, vaincu par la douleur, il vint me voir au début d'avril dernier.

Ici, je n'ai pas obtenu un résultat aussi brillant avec l'adrénaline et l'ésérine employées simultanément pendant trois jours ; j'ai bien obtenu une diminution considérable mais pas complète, de l'hypertension, et de la douleur ;

Dès lors, je me crus obligé de pratiquer une large iridectomie qui a calmé les souffrances, mais n'a donné aucune vision.

Ici, cet insuccès relatif de la combinaison de l'adrénaline et de l'ésérine se comprend aisément ; il devait y avoir déjà dans cet œil des produits plastiques organisés et irréductibles dans l'angle irido-cornéen, ainsi que dans l'épaisseur de l'iris et du corps ciliaire, qui ont empêché ces deux substances d'exercer leurs actions respectives : de *l'adrénaline sur les capillaires des procès ciliaires, et de l'ésérine sur le voile irien.*

Seule, l'iridectomie pouvait rouvrir une voie d'écoulement aux liquides intra-oculaires et l'assurer par l'établissement probable d'une cicatrice à filtration.

Ce fait tend à démontrer que, dans les vieux glaucomes qui ont eu le temps d'organiser dans l'œil des produits plastiques indestructibles, l'adrénaline ne pourra pas aboutir, même avec l'aide de l'ésérine ; dans ces cas, il faudra se hâter de recourir à l'iridectomie, mais en s'aidant de ces deux médicaments, soit pour la préparer, soit pour compléter ses effets.

Enfin voici un cas plus remarquable encore que celui de la jeune femme au glaucome aigu, dans lequel l'adrénaline et l'ésérine, toujours associées, m'ont donné un résultat inespéré.

Il s'agit d'un enfant de 4 ans, atteint depuis sa naissance *d'un buphtalmos* des mieux caractérisés avec une hypertension considérable. L'on sait qu'il s'agit là d'une sorte de glaucome congénital. Je le traite depuis six mois avec un collyre contenant les doses sus-indiquées d'adrénaline et d'ésérine. — Or, l'œil droit, qui ne voyait à peu près rien au début, perçoit aujourd'hui les gros objets et compte les doigts à plus d'un mètre ; et l'œil gauche, qui ne percevait que les gros objets, voit aujourd'hui les plus fins objets qu'on lui présente ; et cet enfant, qui se heurtait à tout, s'amuse aujourd'hui sans peine avec les enfants de son âge et je suis persuadé qu'il va pouvoir apprendre à lire et écrire, mais en continuant toujours l'usage du même collyre, tant que l'hypertension n'aura pas cédé. Ici, elle paraît très tenace et n'a diminué que d'une façon très peu sensible.

En résumé, j'espère que nous pourrons désormais guérir, avec ces deux substances combinées, l'adrénaline et l'ésérine, et sans opération, toutes les affections oculaires caractérisées par une hypertension primitive ou secondaire, mais à une condition, c'est que le proces-

sus glaucomateux ne sera pas trop ancien et n'aura pas eu le temps d'organiser dans l'œil des produits plastiques et irréductibles.

Mais pour obtenir ce résultat, il faudra se rappeler qu'il faut instiller l'adrénaline souvent, toutes les demi-heures au moins, et cela tant que l'hypertension n'aura pas cédé, ce qui exigera en général une durée de trois jours ; il ne faudra pas oublier non plus qu'il faut cesser l emploi de cette substance aussitôt que l'hypertension a cédé ; sinon l'on s'exposerait à provoquer une hypotonie aussi dangereuse, sinon plus, que l'hypertension.

Qu'il me soit permis de rappeler, en terminant, que si l'adrénaline n'a pas encore été employée en opthalmologie contre l'hypertension, comme elle devrait l'être et comme elle le sera, je l'espère, après cette communication ; elle nous a déjà rendu de grands services, mais dans d'autres directions et pour atteindre d'autres buts.

Ainsi on l'emploie couramment à titre d'hémostatique pour pratiquer des opérations sur l'œil, sans écoulement sanguin gènant.

L'on s'en sert également pour augmenter et compléter l'action analgésiante de la cocaïne ou de l'acoïne. En anémiant la surface de l'œil, elle diminue la sensibilité des nerfs sensitifs et constitue ainsi un analgésique indirect.

Enfin, elle nous rend de grands services pour hâter et faciliter l'absorption des myotiques ou des mydriatiques dans les maladies qui ne laissent que difficilement pénétrer ces substances dans l'œil, telles que l'iritis, le glaucome et les affections glaucomateuses, etc., etc.

Mais il ne faut jamais l'employer dans les maladies de l'œil, telles que les kératites ulcéreuses et surtout par infiltration, qui réclament, au lieu d'une vaso-constriction, une puissante vaso-dilatation pour faire affluer dans les tissus malades des phagocytes réparateurs.

Ici, c'est plutôt la dionine qui est indiquée, ce puissant vaso-dilatateur, qui exerce une action diamétralement opposée à celle de l'adrénaline.

Jusqu'à présent, je n'ai pas eu encore l'occasion de traiter des affections glaucomateuses secondaires telles que le glaucome hémorrhagique.

Mais notre collègue, le Dr Dianoux, m'apprend qu'ayant eu connaissance de mon observation de glaucome aigu, il a employé avec succès l'adrénaline dans un cas de glaucome hémorrhagique tout récemment.

Je prie donc tous mes collègues de vouloir bien publier tous les cas de glaucome primaire ou secondaire qu'ils auront traités ainsi, afin de contrôler mes prévisions et de savoir rapidement si elles sont bien fondées.

II

Strabisme de 50 degrés — Absence de convergence — Guérison par l'avancement musculo-capsulaire (1).

Par le Dr Jocqs.

Mon but, dans cette communication, n'est pas de revenir sur le procédé d'opération du strabisme que j'ai appelé « avancement musculo-capsulaire », mais de montrer comment il est particulièrement approprié à certains cas de strabisme qui ne pourraient être opérés efficacement par aucun autre procédé.

La première fois que je l'ai mis en usage, c'est dans un cas de fort strabisme externe, consécutif à une ténotomie dirigée contre un strabisme interne, faite longtemps avant, dans l'enfance du sujet.

Je ne me souciai pas d'aller à la recherche d'un muscle dont les bouts pouvaient être plus ou moins rétractés. Mais je détachai la capsule de Tenon au niveau de l'insertion musculaire primitive sur une hauteur de deux centimètres et je l'avançai aussi près que possible de la cornée. Ce qui restait de muscle était évidemment compris dans le lambeau de capsule avancé et le muscle participait ainsi à l'avancement. Le résultat esthétique fut très satisfaisant d'ailleurs puisque les lignes visuelles pouvaient être amenées en parallélisme.

Depuis lors, je ne pratique plus l'avancement dans le strabisme que par ce procédé, qui consiste dans le détachement et l'avancement de la capsule et du muscle qui se trouve compris dans la capsule et avancé avec elle. Seulement, en raison de la largeur du lambeau, j'ajoute aux deux sutures latérales ordinaires une suture médiane qui est de la plus grande utilité. (Pour la

(1) Communication à la Société française d'ophtalmologie.

description complète de l'opération, voir la *Clinique Ophtalmologique*, 1903, p. 145).

Si je suis amené aujourd'hui à revenir sur cette opération, c'est pour vous parler d'un cas où elle a été appliquée avec succès, non seulement au point de vue esthétique, mais également au point de vue du rétablissement de la fonction de convergence qui manquait absolument.

Observation. — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, domestique.

Elle est emmétrope, sauf une légère myopie de 1 D. de l'œil droit.

Les excursions de chaque œil considéré isolément sont normales, mais la vision binoculaire n'existe pas, à cause de la forte déviation en dehors d'un œil.

Quand l'un des yeux fixe un objet, l'autre se porte en dehors de 50 degrés (déviation mesurée au périmètre). Habituellement, c'est l'œil droit qui est en strabisme externe ; mais quand celui-ci se redresse, c'est le gauche qui se porte en dehors d'une même valeur angulaire.

La fonction de convergence est absolument nulle. Il n'en est pas ici comme dans certains cas d'insuffisance où les deux yeux sollicités à converger se portent plus ou moins en dedans pour revenir rapidement en divergence.

Ici, pas le moindre mouvement d'essai de convergence, les deux yeux restent immobiles, l'un fixant l'objet, l'autre fortement dévié en dehors.

L'accommodation est normale. Une proposition d'opération est fort bien accueillie par cette jeune fille qui se trouve très gênée pour gagner sa vie par cette difformité.

En raison de la forte déviation externe et du défaut absolu de convergence, il fallait ici obtenir un effet considérable.

Sur l'œil gauche, l'opération se passa normalement, sauf que le lambeau musculo-capsulaire une fois détaché fut trouvé très aminci, ainsi qu'il arrive d'ordinaire dans les yeux strabiques du côté opposé à la déviation.

Sur l'œil droit, lorsque je voulus détacher un lambeau de conjonctive, je trouvai celle-ci adhérente aux tissus sous-jacents, de sorte que ce lambeau, qui n'aurait dû normalement être composé que de la conjonctive, se trouvait comprendre aussi la capsule de Tenon et le muscle par conséquent. La capsule et le muscle se trouvaient du reste très atrophiés.

En raison de cette anomalie, je fis l'excision de cinq millimètres environ de ce lambeau conjonctivo-capsulo-musculaire, et ensuite l'avancement fut fait suivant le procédé ordinaire, c'est-à-dire avec un fil médian et deux fils latéraux.

Sur la portion excisée, il a été facile de se rendre compte de la faible épaisseur de ce lambeau et de l'amincissement extrême du muscle englobé dans la capsule, ou plutôt dans la conjonctive et la capsule qui ne constituent qu'une seule et même fine membrane.

Des deux côtés, j'ai fait la ténotomie du droit externe, mais très légère, et avec une incision conjonctivale horizontale.

On peut se demander ce qu'aurait pu faire un avancement musculaire ou un plissement musculaire simple en présence d'une pareille anomalie. Comment agir sur un muscle si aminci ? Si, depuis que je pratique cette opération, j'ai toujours été frappé de ses avantages, je n'ai jamais aussi bien constaté combien elle pouvait être indispensable dans certains cas.

Quelques-uns d'entre vous ont vu le résultat sur la malade que j'ai présentée à la dernière séance de la Société d'ophtalmologie de Paris.

Au disgracieux effet d'une déviation externe alternante de 50 degrés a succédé le parallélisme des axes que la malade peut obtenir et maintenir par un effort soutenu. Il est vrai que lorsque cesse cet effort, il se produit une légère insuffisance du droit interne droit, mais cette déviation est négligeable pour la malade en comparaison de la loucherie antérieure.

Mais pour nous, il y a un autre résultat de l'opération autrement intéressant : c'est le rétablissement de la fonction de convergence et de la vision binoculaire, qui étaient complètement abolies. Nulle excitation n'était capable de produire le moindre mouvement de convergence. La malade fixait tantôt avec un œil, tantôt avec l'autre, celui qui ne fixait pas se déviant en dehors de 50 degrés. Il y avait donc ici, non seulement insuffisance, mais abolition complète de la convergence avec un état de réfraction à peu près emmétrope.

Il semblait donc qu'on fût ici en présence d'une paralysie totale de l'innervation de la convergence, puisque les deux excitants de la convergence, le réflexe rétinien et l'accommodation étaient intacts et qu'il n'exsitait, d'autre part, aucun obstacle mécanique provenant

de la forme du globe, comme dans la myopie.

Or l'opération nous a permis de constater, du côté de l'œil droit au moins, le plus ordinairement dévié, une anomalie très caractérisée, et il a suffi de renforcer les deux muscles droits internes par un fort avancement pour rétablir leurs fonctions de convergence.

Nous sommes donc bien obligés d'en déduire que ce qui faisait défaut ici ce n'est pas l'innervation, comme le dit M. Parinaud pour expliquer les insuffisances de convergence, mais la puissance des muscles.

Les deux droits internes avaient ici, il est vrai, une force suffisante pour produire les mouvements associés de latéralité, mais il est probable qu'il faut à ces deux muscles une puissance bien plus grande pour amener l'œil en convergence.

En un mot, l'innervation ne faisait pas défaut, puisqu'elle s'est manifestée après l'opération, mais les muscles droits internes étaient trop faibles pour y répondre dans le mouvement de convergence, qui exige un effort plus grand que les mouvements associés de latéralité.

Nous croyons qu'il en est ainsi dans les plupart des cas que les oculistes ont eu raison d'attribuer à une insuffisance musculaire plutôt qu'à un défaut d'innervation.

Cette explication doit d'autant plus nous satisfaire qu'elle légitime mieux l'acte opératoire.

On ne voit pas bien, en effet, dans notre cas, comment l'opération aurait pu rétablir les mouvements de convergence si l'innervation avait fait complètement défaut,

Nous croyons aussi que le choix du mode opératoire n'est pas indifférent pour le résultat à obtenir.

Dans certains cas d'insuffisance légère, la ténotomie simple peut suffire ; dans notre cas, il est hors de doute qu'elle eût été tout à fait insuffisante. J'ajoute même qu'elle aurait été nuisible en augmentant l'exophtalmie déjà trop prononcée.

L'avancement, au contraire, a eu pour résultat, outre le redressement et le rétablissement de la convergence, de diminuer l'exorbitisme. Ce qui est très appréciable au point de vue esthétique.

Ceci établi, à quel procédé d'avancement devons-nous nous arrêter en pareils cas ?

J'ai déjà dit ailleurs (*Clinique Ophtalmologique* 1903, p. 145 et 274) pour quelles raisons je préférais l'avancement musculo-capsulaire à l'avancement musculaire ordinaire et à l'avancement capsulaire de M. Wecker.

Et ce dernier cas est pour moi un argument de plus, parce que je suis persuadé, à cause des anomalies trouvées, qu'il eût été impossible d'obtenir le même résultat par un autre procédé.

Mais je ne puis pas laisser sans réponse les objections de MM. Abadie et Landolt (à la dernière séance de la Société d'ophtalmologie de Paris), qui ne semblent pas avoir bien compris en quoi consiste ce procédé d'avancement, qui est un véritable avancement et non un plissement et qui se distingue cependant de l'avancement musculaire ordinaire.

Je ne doute pas que MM. Abadie et Landolt, qui ont une grande habitude de l'avancement musculaire, ne pratiquent fort bien cette opération et avec d'excellents résultats.

Je sais bien aussi qu'ils ont depuis longtemps reconnu la nécessité de saisir dans les sutures, avec le muscle, une partie de la capsule avoisinante. Mais je maintiens que, par mon procédé, j'avance plus de capsule, avec plus de sécurité pour le maintien des sutures, que je donne ainsi plus de puissance à l'avancement et que l'opération est des plus simples.

D'ailleurs, le procédé opératoire est tout différent : connaissant à vue d'œil le point d'insertion du tendon, je saisis celui-ci avec une pince, je le soulève légèrement ; avec les ciseaux courbes, je le coupe au niveau de son insertion à la sclérotique, et je détache également la capsule au-dessus et au-dessous du muscle, suivant une ligne verticale de deux centimètres au moins. C'est ce large lambeau, dans lequel se trouve compris le muscle, que j'avance par trois sutures dont une médiane et deux latérales.

Ainsi je ne dégage pas le muscle avec le crochet. Je le laisse en entier englobé dans l'épaisseur de la capsule. J'avance ainsi une bien plus grande surface de capsule, ce qui donne une plus grande puissance à l'avancement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

(*Fin.*)

ROCHON-DUVIGNEAUD. — **La question des lésions vasculaires dans la rétinite albuminurique.**

Beaucoup d'auteurs, surtout en Allemagne, (von Michel, Charles-Théodore, etc.), croient expliquer la rétinite albuminurique par une dégénérescence primitive des vaisseaux rétiniens, qui déterminerait toutes les autres lésions dont la rétine devient alors le siège.

Notre critique de cette opinion comprend deux points : 1° les lésions rétiniennes (hémorrhagies par diapédèse, infiltration fibrineuse) ne sont pas celles que détermineraient des oblitérations vasculaires lesquelles entraînent toujours une dégénérescence des couches internes de la rétine qui sont conservées dans la rétinite albuminurique. La preuve qu'il n'y a pas dans ce cas d'oblitérations vasculaires fréquentes et importantes, c'est la conservation du champ visuel et même de la vision centrale dans beaucoup de cas ; 2° on ne s'explique pas une dégénérescence primitive des vaisseaux centraux de la rétine si elle est limitée à cette membrane. Elle ne deviendrait admissible comme lésion primitive que si elle existait également dans le reste de l'organisme. Nos autopsies avec examen des grosses et petites artères sur coupes de tous les organes, notamment des centres nerveux, montrent que ces lésions artérielles généralisées n'existent pas, ou seulement à un degré insignifiant. Comment donc expliquer les lésions artérielles et même quelquefois veineuses qui existent réellement, *mais avec une intensité très variable* dans la rétinite albuminurique ? Probablement de la même manière que les artériolites des organes chroniquement enflammés : poumons tuberculeux, ulcères chroniques de la peau, rein dans la néphrite chronique, etc. C'est vraisemblablement une artérite d'organe, c'est-à-dire consécutive à des lésions chroniques du tissu. Un argument en faveur de cette hypothèse, consiste dans ce fait que les artérioles rétiniennes malades, dans la zone rétinienne malade, sont saines dans la zone saine et que le tronc de la veine et celui de l'artère centrale dans le nerf optique sont également normaux.

GRANDCLÉMENT (Lyon). — **Comment faut-il employer l'adrénaline pour guérir le glaucome sans opération.** (Publié *in extenso* plus haut.)

Dr A. DARIER. — La question que soulève M. Grandclément est des plus intéressantes. Je tiens d'abord à répéter que le traitement spécifique du glaucome aigu est encore l'iridectomie — mais dans les cas où l'opération n'est pas possible pour une raison ou pour une autre, il est bon d'avoir des ressources médicamenteuses aussi nombreuses et aussi sûres que possible.

Or, ces dernières années nous ont apporté deux médicaments qui peuvent, à des points de vue différents, rendre de réels services dans le glaucome :

La *dionine*, par son action lymphagogue et analgésiante, peut provoquer une accalmie rapide permettant de faire l'iridectomie dans de bien meilleures conditions ou de conjurer les effets délétères de l'hypertension sur les éléments rétiniens.

L'*adrénaline* n'est pas encore assez connue comme agent hypotensif. Cette action a été pourtant cliniquement prouvée par Zimmermann et expérimentalement par les belles recherches de Wessely sur les injections sous-conjonctivales d'adrénaline. J'ai longuement étudié cette question dans mes *Leçons de thérapeutique oculaire*.

L'hypotension produite par des instillations répétées d'adrénaline peut parfois faire craindre une phtisie du bulbe comme le montre le cas de M. Grandclément.

L'adjonction de l'adrénaline à la pilocarpine dans le traitement du glaucome chronique m'a donné de bons résultats et de nombreuses préparations ont été recommandées. Naturellement cette médication demande à être surveillée de près, et elle ne doit pas aspirer à remplacer complètement l'iridectomie tant que ses preuves n'auront pas été mieux faites.

M. ABADIE. — **Des diverses variétés de chorio-rétinite et de leur traitement.** (Sera publié *in extenso*.)

M. ROCHON-DUVIGNEAUD, à propos du terme « atrophie papillaire d'origine choroï-

dienne », demande l'explication de ce fait ; il y a indépendance vasculaire entre ces deux territoires.

M. Grandclément. — On doit porter, suivant le principe de Bouchard, le mercure dans l'organe.

M. Abadie répond que l'élément infectieux cause de la lésion arrive à toucher le nerf optique.

Dans les chorio-rétinites, les injections générales réussissent mieux que les sous-conjonctivales.

M. A. Darier. — Certainement l'importance du traitement local par les injections sous-conjonctivales est aujourd'hui incontestée ; mais dans les cas à évolution lente et chronique comme ceux dont parle M. Abadie, c'est aux injections hypodermiques ou mieux encore aux injections intraveineuses qu'il convient de donner la préférence. Ces dernières sont bien plus faciles à doser, d'une efficacité plus rapide et d'un contrôle beaucoup plus exact, l'effet étant immédiat et direct. Mais il faut comme je l'ai dit, surveiller les premières doses injectées jusqu'à ce que l'on ait atteint ce que j'ai appelé la réaction limite ; c'est-à-dire la réaction intestinale provoquée par un début d'intolérance se traduisant par des tranchées, des coliques et de la diarrhée pouvant aller jusqu'au sang chez les sujets hypersensibles a l'hydrargyre. Dès que cette réaction-limite est atteinte, il faut diminuer les doses pour les augmenter à nouveau progressivement, car, comme M. Abadie le dit avec raison, les doses employées habituellement sont trop faibles, c'est ce qui est la cause de tant d'insuccès du traitement trop timidement appliqué. J'arrive ainsi à injecter 2 et même 3 centigrammes de cyanure d'hydrargyre tous les jours ou tous les deux jours. Les résultats sont le plus souvent très remarquables, c'est alors que mettant en pratique les alternances thérapeutiques, je pratique une série d'injections sous-conjonctivales qui agissent d'autant plus énergiquement que la saturation hydrargyrique est plus marquée. Après quelques mois de repos pendant lesquels ont été faites 8 ou 10 injections de pilocarpine, on reprendra avec fruit le même cycle thérapeutique, qui dure 2 à 3 mois et doit être répété au moins 2 fois l'an.

M. Moissonnier (Tours). — **Irido-cyclite tuberculeuse.**

L'auteur fait l'histoire de l'irido-cyclite tuberculeuse qui se présente sous 2 formes :

1° La forme aiguë, inflammatoire chez les enfants.

2° La forme subaiguë sans réaction qui se présente :

a) Tantôt sous l'aspect d'une *pseudo-tumeur* limitée à un point du cercle ciliaire.

b) Tantôt sous l'aspect *d'irido-cyclite massive*, avec envahissement de tout le segment antérieur.

Les signes cliniques sont ceux de l'irido-cyclite plastique.

L'hypotonie ne manque jamais. L'œil finit toujours par se perforer au niveau du limbe.

Presque toutes les membranes constituantes de l'œil sont altérées.

Mais le corps ciliaire et l'iris sont surtout infitrés de cellules embryonnaires et de follicules tuberculeux avec cellules géantes.

La tuberculose du tractus uvéal peut être considérée comme cliniquement primitive, mais elle est *réellement toujours secondaire*, suivant l'auteur.

Il n'admet pas l'hypothèse de l'infection primitive pendant la conception, mais seulement la voie placentaire.

Pour confirmer un diagnostic douteux de tuberculose oculaire, il recommande en passant le procédé de la réaction à la tuberculine de Kock, conseillé par Morax.

Le pronostic est la désorganisation de l'œil et la menace de la généralisation. Aussi faut-il agir vite et radicalement par l'énucléation et même l'exentération.

Il relate en même temps une observation personnelle d'irido-cyclite avec menace de perforation chez un enfant de 11 ans qui a guéri par l'énucléation, 18 mois plus tard, il faisait un mal de Pott.

L'autopsie de l'œil a montré que tout le segment antérieur était épaissi et envahi par des masses de tubercules.

M. Abadie. — Le diagnostic doit être fait de bonne heure : il est souvent difficile. C'est le traitement qui doit être la pierre de touche.

M. Rogmann a trouvé dans des cas analogues la distension staphylomateuse du seg-

ment postérieur, ou même la perforation de la coque oculaire.

MM. Chevallereau et J. Chaillous. — **Tuberculose conjonctivale d'apparence sarcomateuse.**

Un homme de 40 ans, gendarme, se présente aux Quinze-Vingts avec les deux paupières gauches fortement tuméfiées, bosselées, rouges, les vaisseaux sous-cutanés dilatés, surtout à la paupière supérieure ; on arrive à plisser un peu la peau à la paupière supérieure, non à la paupière inférieure. L'œil reste à demi fermé. En écartant et relevant les paupières dans la mesure du possible, on s'aperçoit que la conjonctive palpébrale est simplement rouge, sans irrégularités ni végétations. La conjonctive bulbaire, au contraire, est triplée d'épaisseur, fortement vascularisée, d'aspect lardacé, et forme sur tout le pourtour du limbe un bourrelet saillant ; de même au niveau du repli semi-lunaire, très hypertrophié. Il n'existe aucune douleur, aucune adénopathie, aucune sécrétion. L'acuité visuelle de chaque côté est de 2/3 ; il n'y a aucune lésion ophtalmoscopique. Le début remonte à six semaines.

Nous ne trouvons, chez cet homme, marié et père de 4 enfants, aucun antécédent spécifique. En revanche, depuis un an il tousse, crache, maigrit ; on l'a envoyé à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains et il va avoir sa retraite pour bronchite chronique.

Sur divers autres points du corps, cet homme présente des phénomènes qui paraissent bien en rapport avec les lésions des paupières. Depuis cinq mois, son testicule gauche a quadruplé de volume et le Dr Arrou, à l'examen duquel nous l'avons soumis à l'hôpital Saint-Antoine, a diagnostiqué un sarcome du testicule. Depuis un mois il présente sur la peau du mollet droit des noyaux d'induration.

Le malade devant quitter Paris bientôt, nous excisons, à la partie inféro-externe de la conjonctive bulbaire un lambeau d'environ un centimètre, que nous divisons en trois parties, l'une pour l'examen histologique, l'autre pour l'inoculation sous la peau d'un cobaye, la troisième pour être inoculée dans la chambre antérieure d'un lapin.

Le Dr Guillois, de Ploermel, a bien voulu nous donner quelques renseignements sur ce malade après son départ des Quinze-Vingts : Les deux paupières ont encore augmenté de volume, si bien qu'on eût dit un gros œuf appliqué sur l'œil qu'on ne pouvait examiner même en cherchant à écarter les paupières; il y avait alors un suintement sanguinolent d'une odeur très désagréable. D'autre part, des indurations analogues à celles qui existaient déjà sur le mollet droit se sont manifestées sur l'amygdale gauche, les deux jambes, les bras et le dos. Un traitement spécifique, prescrit à l'hôpital de Vannes, ne donna qu'un résultat douteux. Le malade, nous disait le Dr Guillois, maigrit de jour en jour, s'alimente peu et tout fait prévoir une issue fatale pour bientôt. Ce malade ayant quitté Ploermel, nos tentatives pour avoir de ses nouvelles sont restées sans résultat.

M. Monouelian a bien voulu pratiquer l'examen histologique du lambeau conjonctival enlevé. Il a trouvé une infiltration cellulaire diffuse rappelant l'infiltration décrite sous le nom de lymphome sans aucun des caractères anatomiques que l'on rencontre d'ordinaire dans les lésions tuberculeuses. Les vaisseaux, très rares, ont leurs parois propres, ce qui élimine toute idée de sarcome.

Les inoculations expérimentales ont été plus démonstratives. Le cobaye inoculé dans la région sous-cutanée abdominale vivait encore sept mois après l'énucléation, mais un ganglion inguinal enlevé contenait des bacilles de Koch et lorsqu'il fut sacrifié, au mois de mars dernier, l'autopsie montra une tuberculose viscérale des plus nettes. D'autre part, le lapin inoculé avec un fragment de la tumeur dans la chambre antérieure de l'œil droit présentait au bout de quelques semaines des nodules tuberculeux de l'iris.

En résumé, les lésions conjonctivales présentées par notre malade paraissent bien dues à une métastase d'origine tuberculeuse dont le point de départ est des plus incertains.

Si l'examen histologique n'a donné à ce point de vue que des résultats douteux, les résultats des inoculations, au contraire, ne peuvent laisser place à aucun doute. La bonchite chronique pour laquelle il a été réformé et à laquelle il a très probablement succombé est bien des plus suspectes : néanmoins, notre observation reste incomplète puisque, pendant le trop court séjour du malade à Paris, l'exa-

men des crachats n'a pas été fait. Cette observation est surtout remarquable par la généralisation des lésions qui, parties vraisemblablement des poumons, ont envahi tant de points de l'économie.

M. Fage (Amiens). — **Valeur optique de l'iridectomie dans les taies de la cornée.**

Les taches superficielles de la cornée produisent des troubles visuels (diffusion des images, éblouissement, myopie, astigmatisme, etc.) qu'il est difficile de corriger convenablement par les verres.

Aussi est-on souvent conduit à recourir aux moyens opératoires. L'iridectomie ne donne que des résultats médiocres ou nuls, si elle n'est pas faite dans les conditions déterminées. Il faut qu'elle corresponde à une partie bien transparente de la cornée, qu'elle soit de petites dimensions, qu'elle ne soit pas trop excentrique.

Mais le tout n'est pas d'ouvrir un nouveau passage aux rayons lumineux; l'important est de supprimer la diffusion de ceux qui sont mal réfractés, cause principale des troubles visuels. Dans ce but, on doit avoir recours au tatouage des taches qui, à lui seul, peut relever l'acuité visuelle dans de notables proportions.

Donc, pour les taches semi-transparentes du centre de la cornée, il est avantageux dans la majorité des cas de combiner le tatouage avec une petite iridectomie (sphinctérectomie).

Lorsqu'un seul œil est porteur des taies, on se guidera pour l'intervention sur le degré des troubles de la vision binoculaire et sur les exigences professionnelles du malade.

M. Sulzer. — L'opération donne des résultats absolument différents, tantôt très bons, tantôt mauvais. Il existe un moyen de prévoir quel sera ce résultat : il faut faire l'examen ophtalmométrique des parties périphériques de la cornée. Si la courbure est régulière, on peut s'attendre à un succès.

M. Parent. — Javal avait déjà montré ce rôle de l'ophtalmomètre.

M. Rochon-Duvigneaud. — Il est facile de trouver le point optimum où faire la pupille artificielle. Il faut dilater à l'atropine, et promener devant l'œil un trou sténopéique.

H. Villard (Montpellier). — **Traitement du trichiasis de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie.**

La tarso-marginoplastie est une opération autoplastique qui a pour but de corriger le trichiasis en interposant, dans la marge ciliaire préalablement dédoublée, une languette de peau prise à la paupière supérieure et laissée adhérente par un pédicule qui assure sa conservation. Quand le trichiasis est limité à la partie externe ou interne, l'incision intermarginale et le lambeau sont eux-mêmes limités au côté affecté (tarso-marginoplastie latérale) ; quand le trichiasis est médian, ou quand il est étendu à tout le bord palpébral, l'incision intermarginale occupe toute la longueur de ce bord, et le lambeau cutané revêt la forme d'une anse de panier, car il est laissé adhérent à ses deux extrémités (tarso-marginoplastie totale). Dans les deux cas l'opération (qui nécessite toujours l'anesthésie générale) comprend quatre temps principaux : 1° incision intermarginale réalisant le dédoublement du bord palpébral en deux feuillets dont l'antérieur contient toute la rangée ciliaire ; 2° taille et dissection du lambeau cutané palpébral ; 3° suture de la plaie cutanée palpébrale ; 4° mise en place et suture du lambeau dans la plaie résultant du dédoublement marginal.

Les accidents opératoires ou post-opératoires sont rares : le plus redoutable est la mortification plus ou moins complète du lambeau autoplastique, quel'on évitera facilement pourvu que le lambeau soit correctement taillé, et que les sutures ne l'étreignent pas au point de compromettre sa vitalité. Il faut aussi veiller à ne pas laisser de bulbes pileux dans la lèvre postérieure du dédoublement ciliaire, car sans cela une récidive serait à craindre. Les résultats immédiats sont excellents et se maintiennent d'une façon permanente et définitive, ainsi qu'en témoignent des cas restés guéris plus de huit ans après l'opération.

La tarso-marginoplastie permet donc d'obtenir un redressement définitif des cils déviés en arrière ; on doit la considérer comme l'opération de choix dans tous les cas où domine le trichiasis, dans tous les cas où l'atrophie de la marge ciliaire est la lésion dominante bien plutôt que l'incurvation du tarse ; mais dans les cas où domine l'entropion, il est souvent nécessaire de la compléter par une opé-

ration qui cherche plus spécialement à redresser le cartilage tarse incurvé.

M. Terson défend le vieux procédé de Panas, qui donne toujours de bons résultats. On peut l'améliorer encore en faisant, comme Thilliez, une tarsotomie à pont. La section du tarse dans les angles n'est pas facile ; on doit l'achever aux ciseaux.

M. Desjardins (de Montréal) a fait faire une pince à pression. Il emprisonne entre les deux branches tout ce qu'il peut de tissus ; laisse la pince quatre jours, et quand il la retire, sectionne aux ciseaux, sans douleur ni sang, le lambeau sphacélé. Ce procédé, qui lui a été enseigné par le hasard, lui a donné de bons résultats.

M. Abadie est de l'avis de M. Terson. La principale opération dans le trichiasis est celle qui porte sur le tarse ; et celle-ci suffit seule quelquefois.

M. Dransard a fait beaucoup de tarso-marginoplasties : il croit l'opération très bonne ; les épaississements du tarse sont devenus rares depuis que la thérapeutique des conjonctives est plus discrète.

M. Villard. — L'opération que je décris n'est pas la seule qui donne de bons résultats, mais elle en donne de très bons.

M. A. Terson. — Dermatolysie palpébrale.

L'attention a été rappelée dans ces dernières années sur une variété spéciale d'extension démesurée de la peau de la paupière supérieure, qui retombe en tablier et paraît décollée de la partie profonde, c'est la blépharochalasis (Fuchs), dont une série de dessins (Haab), d'observations et d'examens histologiques ont été rapportés, surtout dans le travail de Lodato. M. A. Terson reprend l'étude de la maladie, à propos de trois nouvelles observations et cherche à en éclairer la nature dermatologique. Après avoir envisagé les affections cutanées analogues, il examine les rapports de la blépharochalasis avec la *dermatolysie palpébrale* dont elle n'est peut-être qu'une variété.

MM. Parent et Parinaud ont observé des cas analogues, à propos desquels ils pensent à une forme spéciale de goître exophtalmique.

M. de Lapersonne, ne partage pas cet avis : il croit à un ptosis adipeux.

M, A. Terson. — Les cas signalés par MM. Parent, Parinaud et de Lapersonne sont notablement différents de ceux sur lesquels j'ai fait ma communication.

F. de Lapersonne. — Glaucome consécutif aux opérations de cataracte.

Les accidents glaucomateux sont-ils imputables à l'acte opératoire lui-même ? Dépendent-ils des conditions générales ou locales préexistantes ? Ces questions, fréquemment discutées, sont encore très obscures. L'abus de l'atropinisation, la présence de couches molles abondantes, les degrés même légers d'infection iridocyclite et surtout les enclavements iriens et capsulaires sont des causes très réelles. Mais à côté de ces raisons locales, il faut attribuer une grande importance à l'imperméabilité rénale et à la rétention chlorurique qui favorisent la production d'un véritable œdème vitréen. Chez une femme opérée de cataracte dans des conditions régulières, une série de poussées glaucomateuses se produisent à partir de la cinquième semaine : la courbe de l'élimination de l'urine et des chlorures ayant démontré nettement une rétention chlorurique plus marquée au moment des poussées glaucomateuses, on établit le régime spécial et les douleurs disparaissent.

Ce fait, rapproché de quelques autres, démontre bien que, dans l'examen de l'état général des malades, avant l'opération de la cataracte, il faudra tenir grand compte de l'état de parméabilité rénale. Il vient à l'appui des résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu dans le traitement du glaucome par les substances osmotiques, traitement qui n'a jamais eu la prétention de se substituer à l'iridectomie ou aux myotiques, mais qui peut être un précieux adjuvant s'il est manié avec prudence.

M. Morax rappelle les travaux de Cantonnet à propos de ces rapports de la chlorurie et des régimes chlorurés et achlorurés. Il a entrepris de vérifier ces faits qui ne lui paraissent pas exempts de toute critique. Mais il remarque que ces variations de la déchloruration n'ont pas d'action sur la tension vasculaire sanguine.

M. Dransart s'est convaincu que, dans toute cataracte, il y avait en général anomalie urinaire ; hypourie, hypochlorurie, etc., et qu'un traitement en conséquence mettait en meilleure position pour l'opération.

M. Javal est d'avis qu'il y a un rapport entre différents cas de glaucome et les régimes tantôt salés, tantôt déchlorurés.

M. De Lapersonne. — Ces questions sont encore dans l'enfance : j'ai voulu seulement montrer un cas bien net ; celui d'une femme dont les poussées de glaucome avaient coïncidé avec des crises de rétention chlorurée.

Quant aux expériences de Cantonnet dont il a été question, elles ont été conduites avec soin, mais elles constituent une matière neuve dont la discussion et le contrôle sont toujours permis.

Péchin. — **De la sécurité que donne l'iridectomie dans l'opération de la cataracte sénile.**

Deux points sont acquis dans l'opération de la cataracte sénile : l'emplacement de la section dans le limbe et l'usage des couteaux étroits. On discute encore sur les indications et les contre-indications de l'iridectomie.

Les indications peuvent être posées, mais les contre-indications ne sauraient l'être avec certitude et c'est pour ne pas pratiquer l'iridectomie dans des cas où elle paraît inutile qu'on a à déplorer de temps en temps des insuccès.

L'opération simple est brillante, séduisante, mais elle laisse l'œil à la merci d'un prolapsus irien, même dans les cas où les conditions de la production de ce prolapsus paraissent ne pas exister. Et tant qu'il en sera ainsi, l'extraction combinée et surtout avec iridectomie faite au préalable devra être préférée comme donnant plus de sécurité, ce qui ne veut pas dire qu'avec l'extraction combinée tous les accidents disparaîtront. Les iritis, les irido-cyclites pourront toujours compliquer l'opération et en compromettre le succès, soit qu'il s'agisse d'infections dues à des fautes d'antisepsie opératoire, soit que l'inflammation dérive du traumatisme. On réduira les accidents dans le premier cas en veillant à la stricte observation des mesures d'antisepsie, ou d'asepsie et dans le second cas en instituant un traitement général chez les sujets qu'une diathèse (goutte, arthritisme, diabète, etc.) pourrait prédisposer aux inflammations du tractus uvéal à la suite d'un traumatisme de l'iris.

M. Dupuy-Dutemps. — **Du glaucome consécutif à l'extraction du cristallin.**

Il faut distinguer : 1° les cas où le glaucome survient peu de temps après l'intervention, le plus souvent sous forme aiguë ; il est alors symptomatique d'une hémorrhagie ou d'une irido-choroïdite, comme l'avait déjà vu de Graefe et le rôle étiologique du traumatisme est évident ; 2° les cas où le glaucome apparaît longtemps après l'opération (5 mois à 10 ans) sous forme chronique ou subaiguë, les seuls à considérer ici.

L'influence directe du traumatisme opératoire sur le développement ultérieur du glaucome a été nié par plusieurs auteurs. Elle n'est cependant pas douteuse dans certains cas, puisque les accidents glaucomateux peuvent apparaître non seulement sur les yeux opérés de cataracte sénile, mais aussi à la suite d'extraction de cataracte traumatique zonulaire et après l'opération de la myopie chez des sujets nullement prédisposés, comme dans l'observation suivante :

Femme de 29 ans, opérée en 1892, pour myopie élevée, d'extraction du cristallin transparent de l'œil droit par discision et sans iridectomie.

Dix ans après se développa sur cet œil un glaucome d'abord chronique puis à forme subaiguë avec excavation typique de la papille, hypertension, crises d'obnubilation, douleurs, etc. La section aux ciseaux-pinces d'une bride capsulaire a suffi pour faire disparaître tous les accidents glaucomateux, qui ne se sont plus reproduits depuis un an.

L'étiologie du glaucome secondaire post-opératoire reste souvent obscure, mais on peut en dégager deux éléments importants : 1° l'adhérence irido-capsulaire totale plus fréquente à la suite de l'extraction simple, ou elle est favorisée par l'étroitesse de la pupille ; 2° l'enclavement irien ou seulement capsulaire dans la plaie cornéenne.

Dans le premier cas, l'iridectomie ou même la simple transfixion de l'iris fera cesser les accidents ; dans le second cas, il sera nécessaire de libérer la synéchie soit par section de la bride aux ciseaux-pinces ou avec le couteau de Græfe, soit par une ou plusieurs iridectomies. Parfois on ne pourra pas y parvenir.

M. Golesceano (Paris). — **Pronostic et durée de l'ophtalmie purulente**

Dr A. Darier. — Les statistiques de M. Golesceano sont intéressantes ; mais elles ne doivent pas nous faire penser que l'ophtalmie purulente traitée ou non traitée a la même durée. Le traitement abortif de l'ophtalmie purulente n'est pas plus niable que celui de la blennorrhagie. Je n'en veux pour preuve que le cas que nous venons de relater dans *La Clinique Ophtalmologique* où une seule instillation d'une solution de nitrate d'argent à 20 % amena une guérison complète en 3 ou 4 jours. Il est bon d'ajouter que cette dose formidable était le résultat d'une erreur du pharmacien et que pendant 2 jours on aurait pu croire l'œil complètement brûlé. Heureusement il n'y avait eu qu'une seule instillation et l'eschare épithéliale s'étant détachée la cornée reprit toute sa transparence et toute suppuration avait disparu.

Il n'en fut pas de même dans un cas que je viens d'observer ou 3 instillations consécutives de nitrate d'argent à 10 0/0 ont provoqué des infiltrations cornéennes et des eschares de la face interne des paupières.

Pendant 15 ans, j'ai été un partisan convaincu du nitrate d'argent parce qu'alors nous n'avions rien de mieux ; mais depuis 6 ans je lui fais une guerre acharnée parce que nous avons trouvé dans les sels organiques d'argent : l'argentamine, puis le protargol et enfin l'argyrol, des agents qui ont toutes les propriétés antiseptiques, je pourrais dire spécifiques, de l'argent, sans avoir les graves inconvénients de l'acide nitrique mis en liberté sur la surface oculaire par la double décomposition du sel.

Nous ne pouvons pas vivre indéfiniment dans le siècle passé, suivons les progrès de la chimie moderne, qui dépasse la clinique de 100 coudées.

Il est incontestable aujourd'hui que l'argyrol ou vitellinate d'argent présente des avantages énormes sur tous les autres sels d'argent, il faut l'avoir employé pour en comprendre toute la supériorité ; seul, son prix de revient rend sa vulgarisation plus lente qu'elle ne devrait être.

Puissions-nous obtenir bientôt un vitellinate de mercure ! Quels services il nous rendrait en thérapeutique générale !

M. Bérard (Angoulême). — **De l'abus des cathétérismes dans les lacryocystites simples** (sera publié *in extenso*).

M. Jocqs (Paris). — **Absence de convergence strabisme de 50°. Guérison par avancement musculo-capsulaire** (publié *in extenso* plus haut).

M. Jacqueau (Lyon). — **Sclérose des cornées chez une jeun sujet** (sera publié *in extenso*).

BIBLIOGRAPHIE

Dr Foveau de Courmelles. — **L'année électrique, électrothérapique et radiographique.** — Revue annuelle des progrès électriques en 1903. (Quatrième année). (Un volume in-12 de 360 pages. Prix 3 fr. 50. Ch. Béranger, édit., 15, rue des Saints-Pères, Paris).

Le quatrième volume de l'*Année électrique* est particulièrement intéressant. En plus des chapitres purement techniques et industriels qui ont reçu leur développement ordinaire et complet, certains faits et découvertes ont été très étendus. C'est ainsi que l'*Hygiène et la sécurité électriques* que traite tous les ans l'auteur en un chapitre documenté est d'actualité par la catastrophe fameuse du Métropolitain de Paris, de retour si parfaitement évitable, comme maints accidents de locomotion électrique. Le *radium et les corps radio-actifs* sont traités magistralement sous forme de monographie la plus complète qu'on ait faite, avec leurs propriétés physiques, chimiques, thérapeutiques, leurs théories, enfin tous les progrès et toutes les applications les concernant. La *radiothérapie* qui a fait sensation en 1903 par les cures bruyantes d'une affection incurable, le cancer, y démontre sa puissance déjà ancienne et sa réalité, grâce aux travaux sérieux de 112 auteurs de tous pays et surtout américains. La *phothothérapie* continue ses cures de lumière. L'auteur, bien entendu, apporte en ces amas de travaux, sa quotepart personnelle, scientifique et médicale, de tout premier ordre, parmi les nombreux et actuels chercheurs.

Nous ajouterons que toutes les branches de l'activité électrique, *appareils nouveaux*, *traction électrique*, *lumière*, *chauffage*, *signaux*, *télégraphie avec ou sans fils*, y sont, comme tous les ans, résumés avec la plus grande clarté, la compétence voulue, une impartialité absolue et une précision parfaite.

De Lapersonne. — **Un nouvel anesthésique : la stovaïne.** (*Presse médicale*, n° 30, 1904.)

Dans la séance du 21 mars dernier, M. Billon a présenté à l'Académie de médecine un nouvel anesthésique local, extrait par M. Fourneau du groupe des aminoalcools, le chlorhydrate de l'amyléine α β, qui a reçu le nom de stovaïne. Prié d'essayer le nouvel anesthésique pour la chirurgie oculaire, comme le faisaient mes collègues Reclus et Chaput pour la chirurgie générale, je me suis, au préalable, assuré, par une série de recherches de laboratoire, que le nouvel agent ne présentait aucun danger, ni même aucun inconvénient ; je l'appliquai ensuite au traitement d'un certain nombre de nos malades.

En résumé, le nouvel anesthésique local qui nous est présenté, la stovaïne, est appelé à rendre des services très réels en chirurgie oculaire.

Sa faible toxicité permet de l'employer plus largement que la cocaïne. Il y a lieu, d'ailleurs, de distinguer entre son action superficielle en instillations et ses effets en injections sous-conjonctivales ou sous-cutanées.

En *instillations*, la stovaïne permet de faire presque toutes les opérations portant sur la cornée ou la conjonctive, même l'opération de la cataracte. Sauf une légère desquamation épithéliale sans conséquence et d'ailleurs inconstante, elle n'a aucun inconvénient sur la marche de la cicatrisation. Mais elle est inférieure à la cocaïne en ce que son application est toujours plus douloureuse et que, à doses égales, l'anesthésie cornéenne est moins complète et moins durable.

En *injections sous-cutanées* ou *sous-conjonctivales*, la stovaïne nous a paru, au contraire, supérieure à la cocaïne. L'insensibilité est complète en moins d'une minute et dure très largement le temps nécessaire pour une opération. Ses propriétés vaso-dilatatrices favorisent sans doute la diffusion rapide, ce qui n'a pas d'inconvénients en raison de sa faible toxicité.

Nous nous proposons de continuer ces essais qui nous paraissent très encourageants.

En instillations on pourrait, soit associer les deux anesthésiques, dans la proportion de deux parties de stovaïne pour une partie de cocaïne, soit employer successivement les deux collyres. Ce moyen aurait l'avantage de donner une anesthésie complète, sans modifier ni le tonus, si souvent diminué par la cocaïne, ni la vascularisation de la conjonctive.

INFORMATIONS

X^e^ Congrès d'Ophtalmologie

(*Lucerne*, 13-17 *septembre* 1904.)

1° Les ophtalmologistes sont rendus attentifs au fait qu'une première livraison du *Recueil des travaux du Congrès* va paraître prochainement, mais qu'elle ne pourra être envoyée qu'à ceux des Congressistes qui se seront fait inscrire auparavant auprès de M. le professeur Mellinger, à Bâle.

2° Le Comité d'organisation rappelle aux Congressistes qu'il existe en Suisse des billets fort avantageux permettant **libre circulation** sur toutes les principales lignes de chemins de fer et bateaux pendant 15 ou 30 jours. Ces billets coûtent 70 ou 120 francs en 1^re^ classe, 50 ou 75 francs en II^e^ classe. Ils doivent être munis de la photographie du porteur. On les trouve dans les principales gares suisses ; pris à *Paris* (gares de Lyon et de l'Est), ou à *Londres* (Victoria et London-Bridge), ils permettent de prolonger jusqu'à 33 et 45 jours la durée des billets d'aller et retour pour la Suisse.